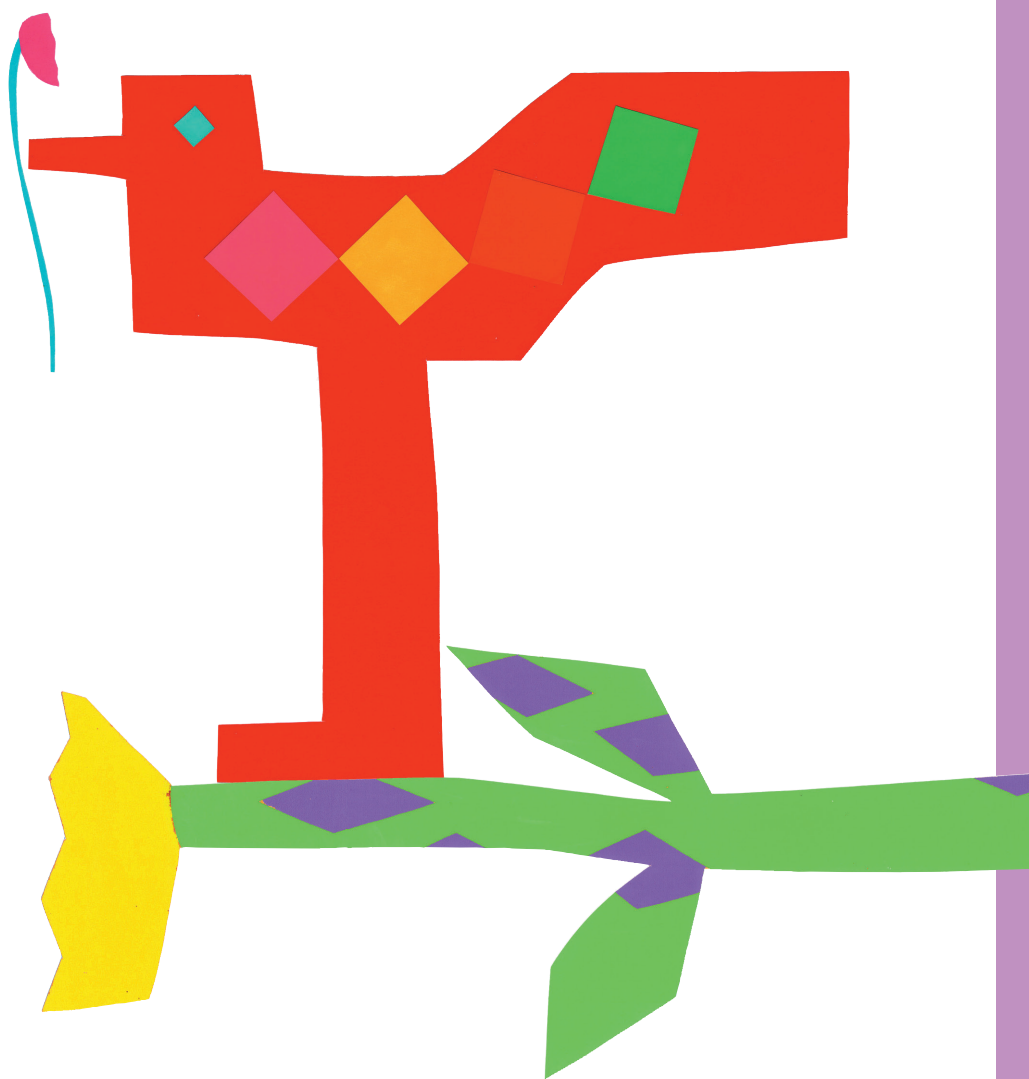


日本歯科衛生学会雑誌

Vol.20 No.2

THE JOURNAL OF JAPAN SOCIETY FOR DENTAL HYGIENE

2026
FEBRUARY



日本歯科衛生学会雑誌

Vol.20 No.2 2026 FEBRUARY

目次

第21回学術大会のご案内	1
演題応募要領	2
巻頭言	日本歯科衛生学会 幹事 伊藤 奏 5
解 説	
統計の基礎を学ぶ 第2回 図・表の読み方・使い方	野村 義明, 松田 悠平 6
原 著	
成人健常者の舌圧と握力との関連	畑田 晶子 15
症例報告	
歯科衛生士の介入を通じて経年継続した顔のゆがみおよび味覚に関する自覚症状の改善に 寄与した短期集中サービス・活動C（訪問型）対象者の一例	富永万里子 22
調査報告	
ヒューマンニーズ理論を用いたSPT継続要因の考察—長期間受診者の加齢における課題—	溝部 潤子 30
某大学病院における新人看護師の多職種連携口腔ケア研修受講前後の口腔ケアに関する 意識調査	中村 次代 37
●日本歯科衛生学会学術賞授賞者	45
●歯科衛生臨床研究助成のご案内	45
●日本歯科衛生学会 学術大会一覧	46
●賛助会員一覧	47
●2026年度開催学会一覧	48
●日本歯科衛生学会雑誌投稿規程	49
●日本歯科衛生学会倫理審査委員会規程・運営細則	55
●日本歯科衛生学会利益相反指針・利益相反委員会規程	59
●日本歯科衛生学会規則・運営細則	65
●学会役員、幹事、委員等	69
●編集後記	70

日本歯科衛生学会 第21回学術大会のご案内

日本歯科衛生学会 第21回学術大会
大会長 吉岡 典子

日本歯科衛生学会第21回学術大会を以下のとおり開催いたします。詳細については、第21回学術大会ウェブサイト（以下、大会ウェブサイト）をご確認ください。

多くの皆様のご参加と発表演題の申込みをお待ちしています。

メインテーマ：新たな時代を担う歯科衛生士の未来—歯科衛生士の地位向上を目指して—

開催日程：2026年9月20日（日）～21日（月・祝）※会場開催のみ

会場：レイボックホール
RaiBoC Hall（さいたま市民会館おおみや）
埼玉県さいたま市大宮区大門町2-118 大宮門街4～8階

主催：日本歯科衛生学会、公益社団法人 日本歯科衛生士会

共催：公益社団法人 埼玉県歯科衛生士会

演題および抄録の申込受付期間：2026年3月2日（月）～4月15日（水）13：00

申込方法、抄録作成方法等の詳細は、演題応募要領（2～4頁）をご参照ください。

参加登録について：2026年6月1日（月）から、学術大会参加登録を受け付けます。参加費や申込方法等の詳細は、歯科衛生だより会報および大会ウェブサイトでお知らせいたします。

その他：学術大会プログラム等は、大会ウェブサイトでお知らせいたします。日本歯科衛生学会公式X（旧Twitter）でも随時お知らせいたしますので、フォローをお願いします

お問い合わせ：日本歯科衛生学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-11-19 日本歯科衛生士会内

TEL：03-3209-8020 E-mail：gakkai@jdha.or.jp

第21回学術大会ホームページ

<https://jsdhm.jdha.or.jp/21th/>



日本歯科衛生学会公式X

@jsdh_Official



日本歯科衛生学会 演題応募要領

◆ 演題応募について

第21回学術大会における会員発表演題を以下要領により募集いたします。応募は、オンライン演題応募のみとし、第21回学術大会ウェブサイト（以下、大会ウェブサイト）の「演題登録システム」より可能です。第21回学術大会は現地開催で、オンデマンド配信はありません。

日本歯科衛生学会雑誌は20巻1号から電子化に移行したため、採択された演題抄録は、第21回学術大会プログラム集に掲載し、8月以降、大会ウェブサイトからダウンロード、印刷が可能です。

◆ 応募資格

演題の代表演者は、日本歯科衛生学会会員（学生会員含む）に限ります。共同演者は、その限りではなく、会員外の方でも可能です。

2026年度会費が未納の方は会員として取り扱いできません。

◆ 登録期間

2026年3月2日（月）10：00～4月15日（水）13：00

締切日の直前はアクセスが集中しますので、早めの登録をお願いいたします。また、締め切りを過ぎると、登録システムは使用できなくなります。

◆ 抄録作成要領

I. 発表者、所属について

発表者の上限は10名です。所属についても最大10カ所です。

II. 文字数について

演題タイトル：サブタイトル含め全角44文字以内、英文は半角英数字15ワード以内

抄録本文：600字以上750字以内、図表は掲載不可

キーワード：3～5語以内

III. 抄録本文の構成について

以下の4つの段落に分けて記載してください。※段落名の文字数も本文文字数に入ります。

【目的】【対象および方法】【結果および考察】【結論】

症例報告は、**【目的】【症例の概要】【経過および考察】【結論】**

活動報告は、**【目的】【概要および方法】【経過および考察】【結論】**

IV. 抄録作成時の注意事項

1. 演題タイトルは、内容がひと目で把握できるように、具体的なものにする。
2. 演題タイトルは、原則、固有名詞（学校名、病院名、商品名、当院、当施設を含む）および略号を使用しない。当院ではなく施設の規模がわかる記載とする（某急性期病院、某中規模病院、某短期大学等）。しかし、固有名詞が研究に対して意味がある場合、また、それを表示して特にプライバシーの侵害の恐れがない場合は、その限りではない。

3. 人を対象とした研究発表の場合、倫理審査承認番号を記載する。

症例報告では、原則として、対象となる個人に対して、発表する内容と方法を、文書を用いて十分に説明した上で同意を得るものとし、抄録にその旨を記載する。プライバシーの保護上、特に必要がない場合は、実年齢を記載せず、〇歳代等と表示する。臨床経過を知る上で日付が必要となる場合が多いため、個人が特定できないと判断される場合は月日を記載して良い。年については、発表者の関わり開始をX年とし、X+2年、X-1年等の記載をする。

4. 所属は、勤務先を入力する。複数の勤務先がある場合は、主要な勤務先を1ヵ所入力する。勤務していない場合は、所属の都道府県歯科衛生士会を入力する。

5. 学生の場合は、所属に学校名・学科名を入力し、最後に「学生」と明記する。また、会員番号欄は、数字の9を10個、「9999999999」と入力する。

6. 使用文字について、数字と英字は半角、カタカナは全角で入力する。特殊文字（上付き、イタリック、ギリシャ文字等は、入力画面で設定を行う。

◆ 登録内容の確認と修正について

演題登録後は、登録期間内であれば何度でも登録内容の確認と修正が可能です。なお、登録いただいた抄録の校正原稿を代表演者連絡先に送付いたしますので、ご確認のうえ、指定期日までに学会事務局宛にご返送願います。発表および抄録内容は、共同演者全員の同意を得て登録されるようにしてください。また、内容および倫理的配慮について、学会で確認したうえで修正の依頼をする場合がありますので、ご了承ください。

◆ 発表演題の採否および通知について

演題の採否は、学会にご一任ください。採否は、5月中旬頃に発表者に通知し、6月中旬に学会ウェブサイトに掲載する予定です。演題申込み時の発表形式および演題分類に関しては、ご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

本大会内（2026年9月20日もしくは21日）で、第3回専門領域別研究集会が開催されます。口演発表でご登録いただいた演題から、研究集会でご発表をお願いすることがございますので、ご了承ください。なお、研究集会でのご発表も学会発表の一環であり、学術発表賞（口演発表賞）の対象です。専門領域別研究集会の詳細は、日本歯科衛生学会ウェブサイトまたは大会ウェブサイトをご参照ください。

◆ 発表形式

発表形式は、口演発表とポスター発表の2種類です。発表データの作成方法等については、大会ウェブサイトに掲載いたしますのでご確認のうえ作成してください。

I. 口演発表：発表時間は8分、質疑応答時間は4分です。PCとプロジェクターは備え付け1台のみ使用できます。発表データはPower Point（Windows）で作成してください。

II. ポスター発表：会場開催時は、ポスター討論の時間に発表者はポスターの前に立ち、質問や討論に応じてください（座長はつきません）。ポスターの掲示および撤去は、発表者に行っていただきます。掲示方法やサイズは、後日お知らせいたします。

会場でのポスター掲示は、パネルサイズ内であれば、1枚でも、複数枚を組み合わせたものでも構いません。

Ⅲ. COI（利益相反）に関する申告は、後日お知らせする口演発表およびポスター発表それぞれの発表データ作成の手引きに開示方法を示しております。ご確認の上、データを作成願います。

◆ 学術発表賞の公募について

学術発表賞の種類、応募方法および審査基準は以下のとおりです。なお、応募演題多数の場合には抄録で一次審査を行い、各発表において最終審査を行います。

I. 口演発表賞

対 象：口演発表演題

応募方法：「学術発表賞の応募の有無」で「応募する」を選択してください。

審査基準：①研究の着眼点が歯科衛生分野の発展に貢献できること。

②社会的貢献度が高い内容であること。

③研究手法が適切であること。

④研究の成果が理解しやすいプレゼンテーションであること（質疑応答も含む）。

⑤総合的な観点から優れていると認められること。

II. ポスター発表賞

対 象：ポスター発表演題

応募方法：「学術発表賞の応募の有無」で「応募する」を選択してください。

審査基準：①研究の着眼点が歯科衛生分野の発展に貢献できること。

②社会的貢献度が高い内容であること。

③研究手法が適切であること。

④ポスターにより研究の成果を理解しやすいようにまとめられていること。

⑤総合的な観点から優れていると認められること。

Ⅲ. 学生研究賞

対 象 者：2026年度学生会員または2025年度に学生会員であった正会員

対象研究：歯科衛生士養成機関在学時に行った研究に限り、大学院、専攻科での研究は対象外です。

発表形式：ポスター発表

応募方法：「学術発表賞の応募の有無」で「学生研究賞に応募する」を選択してください。

審査基準：①研究プロセスが明確であること。

②ポスターにより研究の成果を理解しやすいようにまとめられていること。

③歯科衛生活動の発展に貢献できる内容であること。

④総合的な観点から優れていると認められること。

◆ 問合せ先

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-11-19 日本歯科衛生学会事務局

TEL：03-3209-8020 FAX：03-3209-8023 E-mail：gakukai@jdha.or.jp

月～金曜日 9：00～17：30

歯科衛生士の未来は“研究”から始まる

日本歯科衛生学会 副幹事長・副編集委員長 伊藤 奏



歯科衛生士を取り巻く環境は、いま大きな転換期を迎えています。

臨床の現場から生まれる問いが、教育へ、そして社会へと広がり、歯科衛生士が“研究する専門職”として期待される時代が到来しました。

そのような中で開催された日本歯科衛生学会第20回学術大会は、1,602名もの皆さまにご参加いただき、活発な議論と温かな交流に満ちた、大変意義深い大会となりました。ご参加くださいました皆さまに、心より御礼申し上げます。

本学術大会では、歯科衛生士の研究力向上を目的として、第10回大会より「研究討論会」を継続してまいりました。毎年多くの皆さまにご参加いただいた本企画ですが、本年度をもって一区切りとなりました。最終回となる今回は、本学会の発表演題でも多い「症例報告」をテーマに、研究計画の立て方や実践の中で直面した課題に焦点を当て、開業歯科医院の視点から2名の演者にご講演いただきました。また、「症例報告の進め方」に関するミニレクチャーも実施し、50名を超える参加者からは「研究への第一歩が明確になった」「挑戦する勇気をもらえた」といった声が多数寄せられ、盛会のうちに終了いたしました。

次年度からは、歯科衛生士の皆さまの研究活動をさらに後押しするため、「スタートアップ研究集会」と名称を新たにし、“研究のいろは”を学ぶ場として対面での開催を予定しております。「研究に挑戦したいが、どこから始めればよいかわからない」という不安を、皆さまと共に解消していくことを目指し、本学会としても力強く支援いたします。

さらに近年、歯科衛生士における研究の重要性は社会的にも広く認識されるようになり、歯科衛生士教育においても新たに「歯科衛生研究」の教科書が出版されました。研究は、歯科衛生士が専門職として社会に貢献するための基盤であり、その価値が教育現場でも制度的に位置づけられ始めています。これは、歯科衛生士が“研究する専門職”として未来を切り拓く時代が到来したことを示す象徴的な出来事でもあります。

さて、「研究」を身近に感じている方は、どれほどいらっしゃるでしょうか。「大切だとは思いますが、自分には縁遠い」と感じている方も少なくないかもしれません。しかし、研究とは特別な人だけが行うものではなく、日々の臨床や現場で抱いた“なぜだろう”という小さな問いから始まる営みです。その問いを言語化し、仲間と共有し、検証するプロセスこそが、歯科衛生士の専門性を未来へとつなぐ力になります。歯科衛生士の未来は、現場から生まれる問いと、それを探究する姿勢によって切り拓かれます。そして、その第一歩を踏み出す力は、特別な誰かだけが持っているものではありません。日々の臨床や現場に向き合う歯科衛生士一人ひとりが、すでにその力を備えています。

いま、歯科衛生士の研究は社会からも注目され、まさに、私たち自身の手で未来を形づくる絶好の機会が訪れています。

歯科衛生士の未来は、“研究に踏み出すあなた”から始まります。

その一歩を、どうか恐れずに踏み出してください。

統計の基礎を学ぶ

第2回 図・表の読み方・使い方

野村義明¹⁾ 松田悠平²⁾

¹⁾ 上海理工大学光化学・光材料研究院

²⁾ 島根大学医学部歯科口腔外科講座

1.1 分布

第一回で検定方法はデータが正規分布に従っている場合と従っていない場合で検定方法が異なると述べました。正規分布は統計学で代表的な分布ですが、正規分布以外にもいくつかの分布があります。ここでは、分布の基本的な考え方、データの分析に必要な代表的な分布について解説します。分布とはデータの散らばりの形を意味します。

例 1)

100 人のテストの点数を集計した結果を表に示してあります（表 1）。一般的に表で使われる人数は度数分布といい、累計を累積度数分布と呼びます。人数をグラフで表すと図 1 のようになります。（A）は棒グラフです。（B）はヒストグラムです。棒グラフとヒストグラムを比較すると棒グラフの 10 点以下の一人がヒストグラムでは 19 点

以下の区分で 8 人いることがわかります。

この 2 つを比較すると横軸の点数の区分に違いがあることがわかります。研究結果をグラフにするときは、感覚的にわかりやすい区分で区切っても構いません。これに対してヒストグラムでは横軸が、各群の度数が正規分布の比率に近くなるように調整されています。Excel 等のソフトでは横軸の目盛りは自動で設定されます。横軸の目盛りの設定にはスタージェスの公式が使用されます。スタージェスの公式では、データ数が n ある場合、階級数は $1 + \log_2 n$ とします。この公式で階級数を分割すると分布の形が見やすくなります。例 1 の 100 例の場合、 $\log_2 100 = 6.64$ となり、横軸を 7 つに分割します。スタージェスの公式は 1 つの目安で、ソフトにより自動的にヒストグラムを書いたときには必ずしも、スタージェスの公式と一致した分割にはならないようです。このように平

表 1 100 人のテストの点数を集計した結果の例

	人数	累計
	(度数分布)	(累積度数分布)
10 点未満	1	1
10 点以上、20 点未満	7	8
20 点以上、30 点未満	9	17
30 点以上、40 点未満	12	29
40 点以上、50 点未満	17	46
50 点以上、60 点未満	18	64
60 点以上、70 点未満	15	79
70 点以上、80 点未満	10	89
80 点以上	11	100

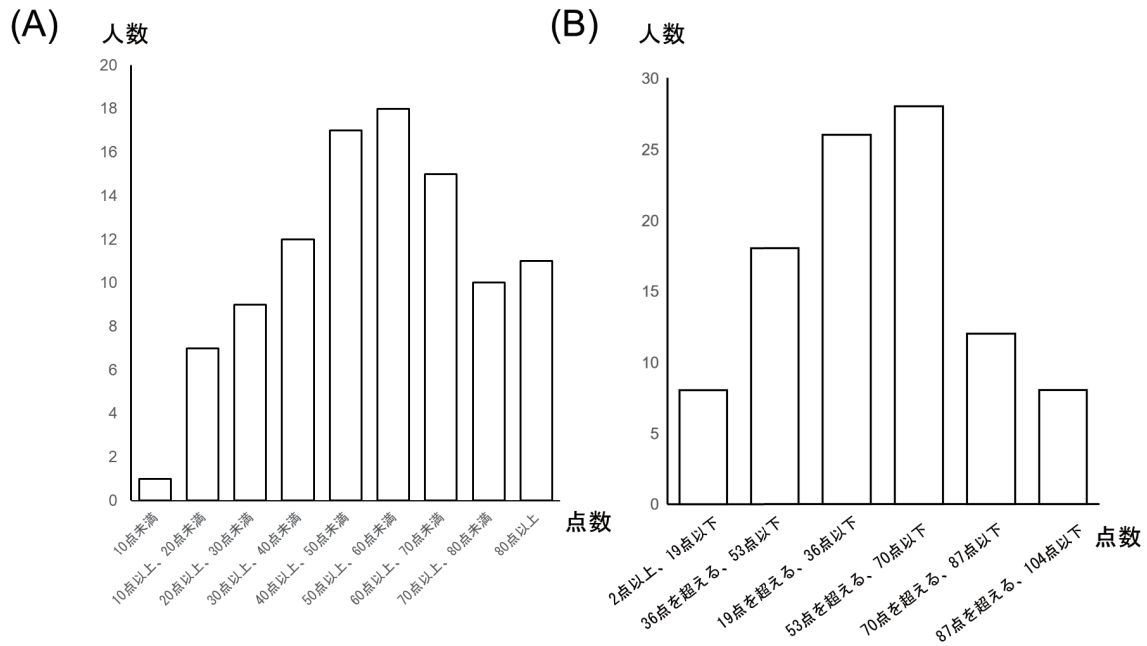


図1 棒グラフとヒストグラム

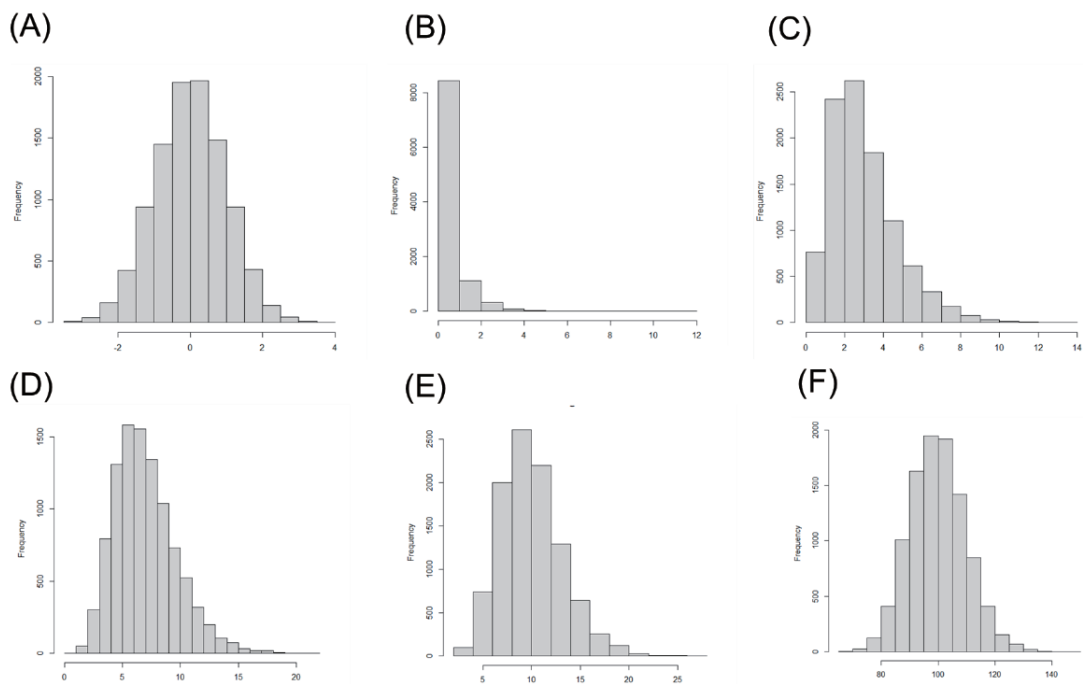


図2 正規分布，ガンマ分布から無作為に10,000個の乱数を発生させたときのヒストグラム

均値を中心にして左右対称な分布は自然界に最も多いもので，正規分布と呼びます。

1.1.1 正規分布の性質

平均値を中心に左右対称である。平均値から標準偏差で定義される範囲にある度数が決まっている。

〈アドバンス〉

正規分布の確率密度関数

$$f(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi\sigma^2}} e^{-\frac{(x-\mu)^2}{2\sigma^2}}$$

この式は正規分布の累積度数分布関数を示しています。この式から正規分布の形は平均値，分散

解説

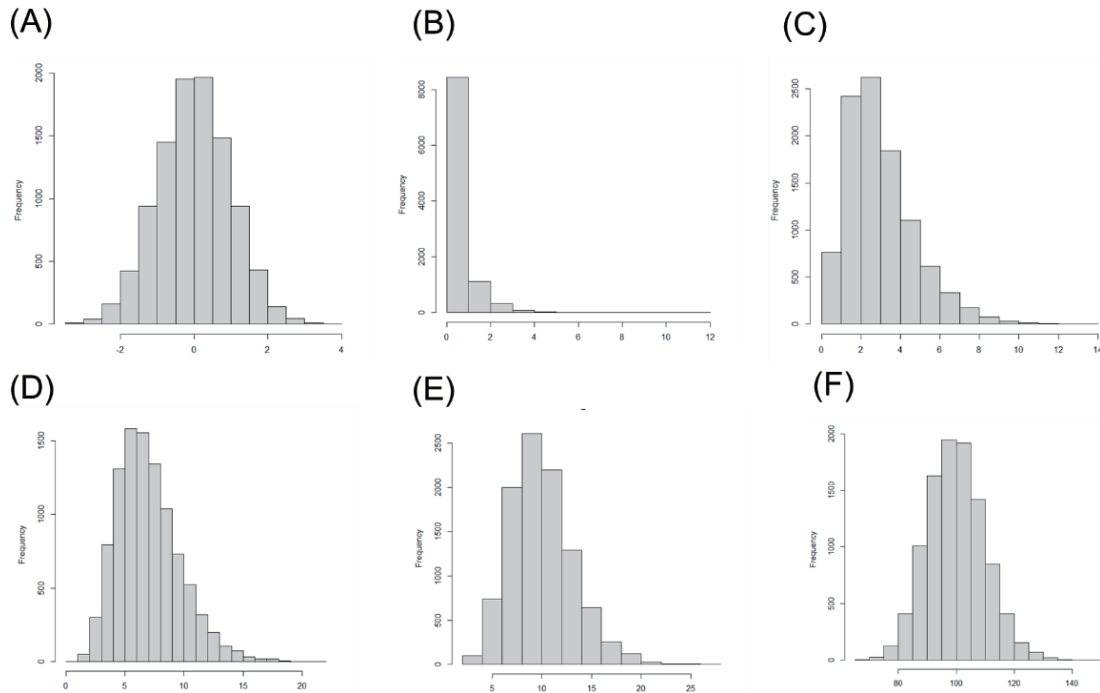


図3 パラメータを変化させたときの二項分布，負の二項分布，ポアソン分布の形

(標準偏差)によって決まることがわかります。

1.1.2 中心極限定理

1000人の母集団から10名を抽出して、平均値を求める操作を繰り返します。毎回、平均値のデータが得られますが、毎回得られる平均値のデータの平均値は正規分布に従うというのが中心極限定理です。母集団のデータが正規分布に従ってなくても中心極限定理が成り立ちます。このため統計学では正規分布は非常に有用なツールとなっており、多くの統計手法が正規分布を基礎として作られています。

1.1.3 正規分布以外の分布

多くの統計手法は正規分布を基礎としていますが、データが正規分布に従っていないのに無理やり正規分布にあてはめて分析をすると有用な結果を得ることができません。ノンパラメトリック検定はその方法の一つですが、その使用範囲は群間比較、対応のある検定、相関に限られています。データが正規分布に従っていない、他の分布に従っていれば、その分布を当てはめて分析することによって良好な結果を得ることができます。ここでは、いくつかの分布とその形を紹介します。

図2に正規分布 (A)，ガンマ分布では、 α の値を (B) 0.5, (C) 1, (D) 3, (E) 7, (F) 10 と変化させた図を示します。ガンマ分布では、 α の値を変化させることによって柔軟にデータに合わせた分布を適用できることがわかります。また、1/2の確率で表がでるコインを「10,000回振ったとき、表が100回出る回数」の分布について、(A) 二項分布, (B), (C), (D) 負の二項分布, (E), (F) ポアソン分布を示します (図3)。パラメータを変化させることによって負の二項分布では柔軟にデータに合わせた分布を適用できることがわかります。

ここで紹介した分布を簡単に説明します。

〈アドバンス〉

各分布の式

ガンマ分布

$$A = \pi r^2 f_{(x)} = \frac{1}{\sigma^\alpha \Gamma(\alpha)} x^{\alpha-1} e^{-\frac{x}{\sigma}}$$

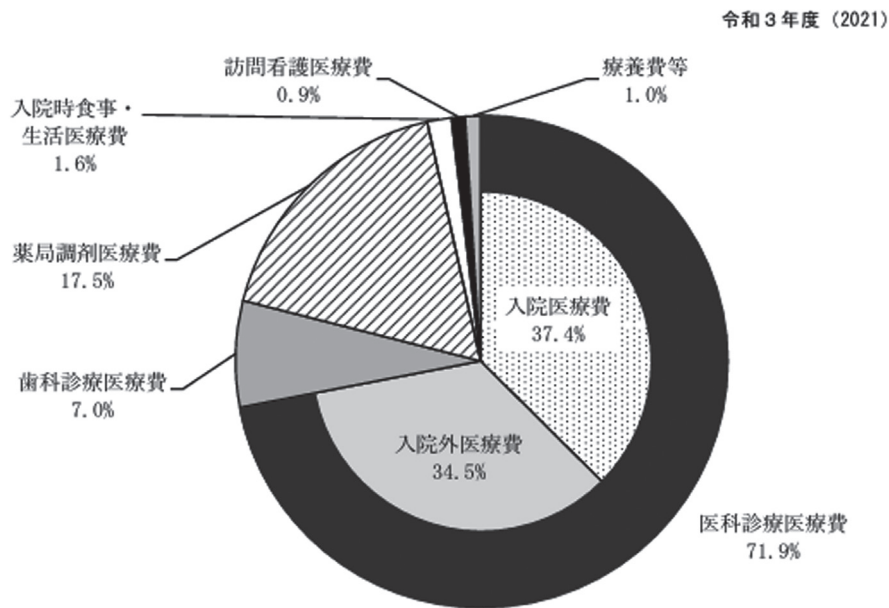


図4 厚生労働省 令和3（2021）年度 国民医療費の概況

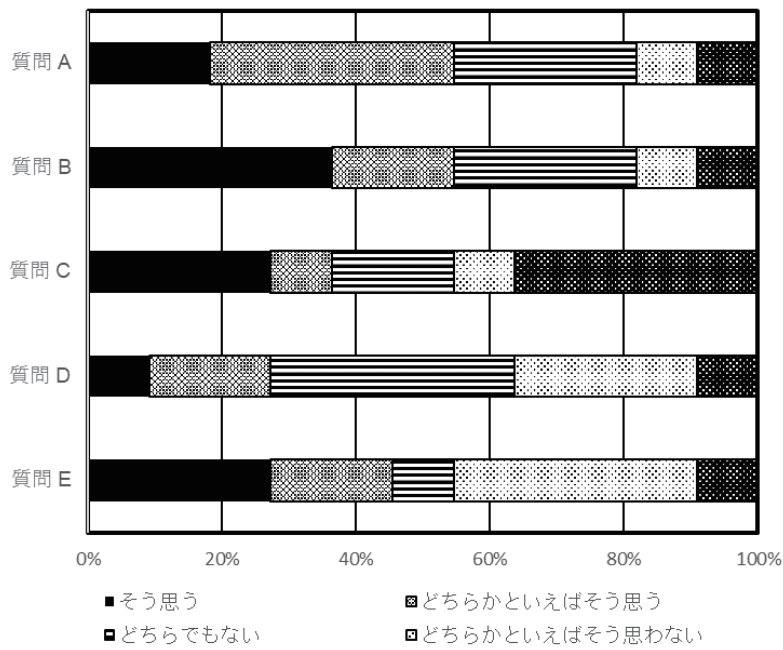


図5 質的変数による項目が複数あるときの結果の表現法

二項分布

$$p(x) = \binom{n}{x} p^x (1 - p)^{n-x}$$

負の二項分布

$$p(x) = \frac{\Gamma(x + n)}{\Gamma(n)x!} p^n (1 - p)^x$$

ポアソン分布

$$p(x) = \frac{\lambda^x e^{-\lambda}}{x!}$$

2.1 グラフ表現

研究の結果をグラフで表現する際の、1つの変量、2つの変量、3つ以上の変数の関係について説明します。

解説

2.2.1 1つの変数の表現法

棒グラフとヒストグラムは1変量のグラフ表現です。1つの変量を全体の割合で表現する場合、円グラフを使用します。円グラフは結果を文章で表現しても短い文章で済むため、論文ではあまり使用しません。項目の分類数が多いときや、厚生労働省が発表している保健統計が円グラフで示されている場合、それと比較する場合など適用は限られます(図4)¹⁾。結果を表現する時に円グラフをいくつか使用しなければ、表現できない場合、円グラフを並列するのではなく割合の棒グラフで表現します。質問項目の多いアンケート調査などで有効です(図5)。

2.2.2 2つの変数の関係

2つの変数の関係をグラフで表現する場合、変数が連続変数かカテゴリー変数かによって表現の方法が異なります。

2.2.2.1 連続変数と連続変数の関係

座標にプロットすることによって表現します。原因と結果がある場合は原因を横軸に結果を縦軸にします。これを散布図といいます。

例2)

身長と体重の関係(図6)

プロットした点が直線に沿っているかどうかで関連を評価します。右上がりの直線に沿っている場合を正の相関、右下がりの直線に沿っている場合を負の相関といいます。相関の強さを相関係数で示します。相関係数は-1から1の間の値で、-1に近いほど負の相関、1に近いほど正の相関が強く、0に近いほど相関がないと表現します。相関係数は有意確率のようにいくつか以上あればよいといった基準はありません。経験的に0.0~0.2ほとんど相関関係がない、0.2~0.4やや相関関係がある、0.4~0.7かなり相関関係がある、0.7~1.0強い相関関係があるとされています。図に引いてある直線は各データと直線の距離の和が最少になるように引いてあります(図7)。これを最小二乗法といいます。体重の値を式に代入したときに得られる値を身長の子測値といいます。図に示す R^2 は決定係数といい、直線の当てはまり

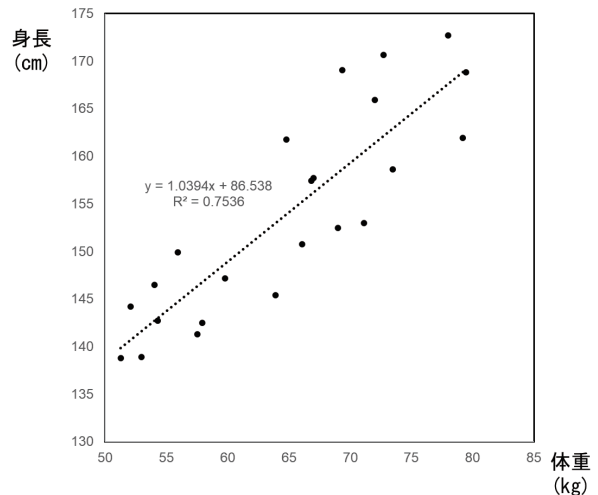


図6 身長と体重の関係

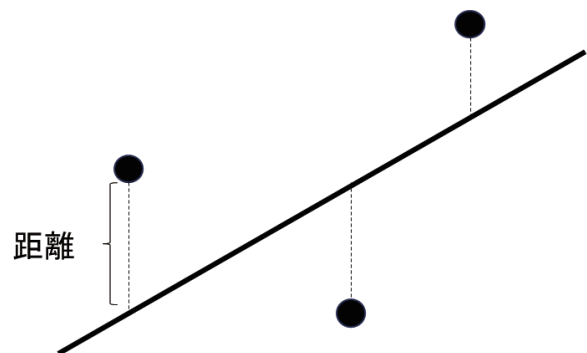


図7 最小二乗法

の良さを示す値です。

〈アドバンス〉

相関係数は

$$r_{x,y} = \frac{x \text{ と } y \text{ の共分散}}{\sqrt{(x \text{ の分散}) \times (y \text{ の分散})}}$$

の式で表現されます。共分散を各変数の分散で割ったものです。相関係数が有意であるとは以下の式で検定を行います。これを無相関の検定といいます。

$$t = \frac{|r|\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

統計量 t は自由度 $n-2$ の t 分布に従い、 t 分布表から有意確率が求められます。相関係数が1, -1に近いほど t 値も大きくなり、有意にな

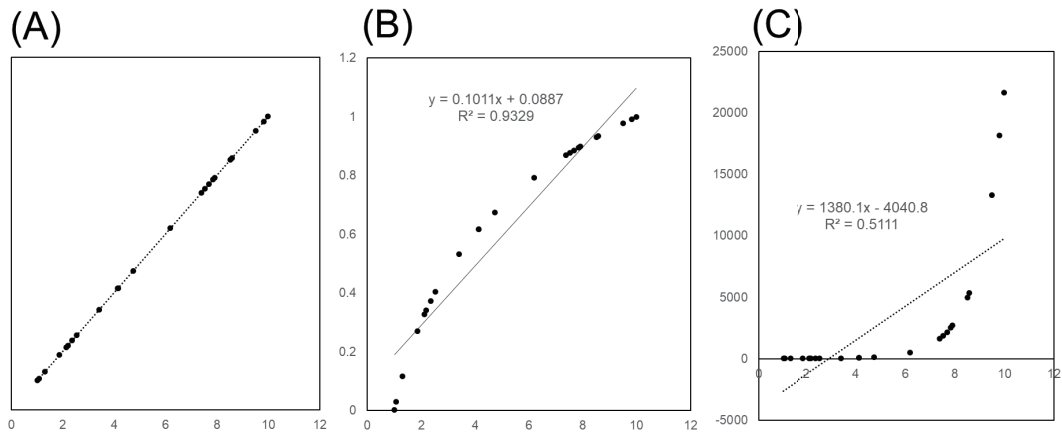


図8 直線上にある点を指数変換, 対数変換した場合の散布図。(A) 直線上の点, (B) y 軸の点を指数変換したもの, (C) y 軸の点を対数変換したもの

りやすいですが, サンプル数の影響を受けるため相関係数が1, -1に近くてもサンプル数が少なければ有意になる場合があります, 相関係数が0に近くてもサンプル数が多ければ有意になる場合があります。

回帰式は

$$(\text{身長}\text{の}\text{値} - \text{身長}\text{の}\text{予測}\text{値}) = a \times (\text{体重}\text{の}\text{値}) + b$$

で表せます。この式のすべてのデータの和をとると

$$\sum_{x=1}^n (\text{身長}\text{の}\text{値}_x - \text{身長}\text{の}\text{予測}\text{値}_x) = a \times \sum_{x=1}^n (\text{体重}\text{の}\text{値}_x) + b$$

で表せます。これをaとbで偏微分することによって簡単にaとbの値を求めることができます。統計モデルにおいて予測式の係数を求める方法は最小二乗法と最尤法があり, 最少二乗法を適用することは少なく, ほとんどが最尤法です。最尤法とは, 予測式の条件の設定をして, その式にデータの値を代入してデータに最も適した係数の値を求めるもので, 収束させると表現します。しかし, データ数が少ない場合, 予測式が求まらないことがあります。これは予測式に適切な係数が少ないデータでは安定した値に収束しないこと

表2 性別と効果の関係

	効果あり	効果なし	合計
男性	80 人	20 人	100 人
女性	60 人	40 人	100 人
合計	140 人	60 人	200 人

を意味しています。

2.2.2.1.1 直線の適合が悪いときの対応

図8 (A) のデータは完全に直線上にあるデータです。このデータのy軸の値を指数変換すると図8 (B), 対数変換すると図8 (C) のようになります。逆に図8 (B) のデータのy軸を対数変換, 図8 (C) のy軸のデータを指数変換すると図8 (A) のようになります。このように直線上にないデータでも適切なデータ変換をすることによって関連性のないデータでも関連性を捉えることができる場合があります。一般的に臨床検査のデータは正規分布ではなく対数正規分布に従うものが多いことが知られています。特に回帰式を求める場合, 正規分布以外の分布を当てはめることによって予測式の適合度が向上することは少なくありません。

2.2.2.2 質的変数と質的変数

質的変数と質的変数の組み合わせは図を用いなくて通常は表で表現します (表2)。グラフで表現することも可能ですが, 例のように学会発表で強調したいとき, 品質管理などグラフで表現する

解説

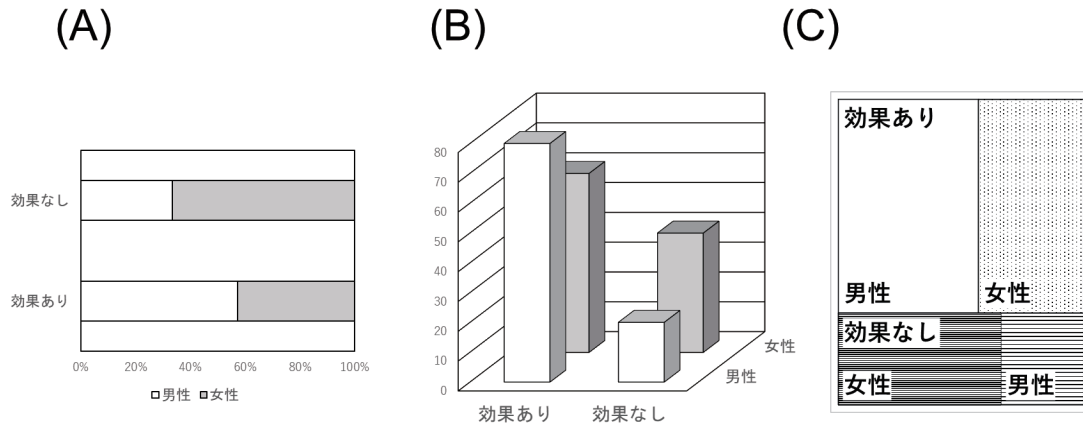


図9 質的変数と質的変数のグラフ表現

論文では通常、表で表現し、グラフは使用しない (A), (B) 学会発表等で結果を強調したい場合, (C) 品質管理, 最適化等の分野で使用されるグラフ

場合は限られています (図9)。

2.2.2.3 質的変数と連続変数

質的変数を横軸に連続変数を縦軸にとって表現します。連続変数が正規分布に従っているときは棒グラフで、正規分布に従っていない時は箱ひげ図 (Box plot) で表現するのが基本です。

2.2.2.3.1 連続変数が正規分布に従っている場合

平均値を表現し、標準偏差を誤差範囲として示します (図10)。データが正規分布に従っている場合、平均値 \pm 標準偏差の範囲のデータ全体の66.7%が含まれ、平均値 $\pm 2 \times$ (標準偏差) の範囲に全体の95%、平均値 $\pm 3 \times$ (標準偏差) の範囲に99%が含まれることが知られています。誤差範囲として標準偏差を追加することによってデータの分布を推測することができます。標準偏差と混同しやすいものに標準誤差があります。標準誤差は、推定値の精度を示す者です。平均値100、標準偏差10は平均値 \pm 標準偏差である90から110の範囲にデータ全体の66.7%がこの範囲に存在することを示しています。平均値100、標準誤差5は95から105の間に平均値が66.7%の確率で存在することを示し、90から110の間に95%、85から115の間に99%の確率で平均値が存在することを示しています。このように平均値を代表とする推定値が存在する範囲を信頼区間といいます。通常、推定値とその95%信頼区間で表現します。

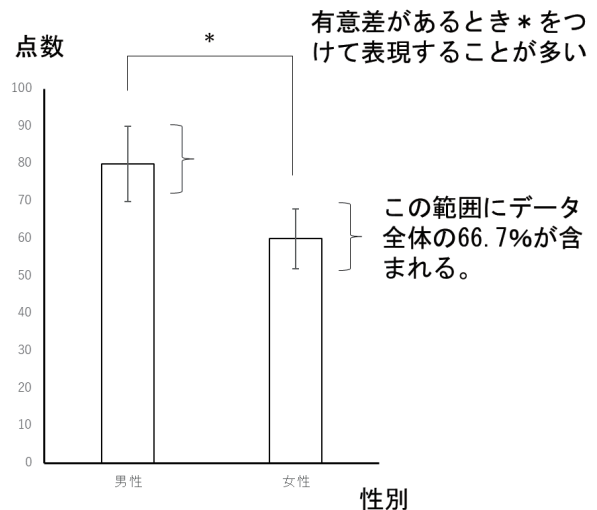


図10 棒グラフで示した例

有意水準 0.05 未満で有意差ありの場合*で、0.01 未満の場合を**で表現することが多いです。有意確率の数値を記入することもあります。

標準誤差は以下の式で求めます。

$$\frac{s}{\sqrt{n}}$$

(n が充分大きい場合)

標準偏差より小さな値になるため、標準偏差の代わりに標準誤差を誤差範囲で示す誤りが見られます。標準誤差を用いること自体は誤りではありませんが、信頼区間を示すことが目的でない場合は誤りになります。信頼区間を示すのはメタ分析の推定値や回帰式の係数などで平均値の差を示し

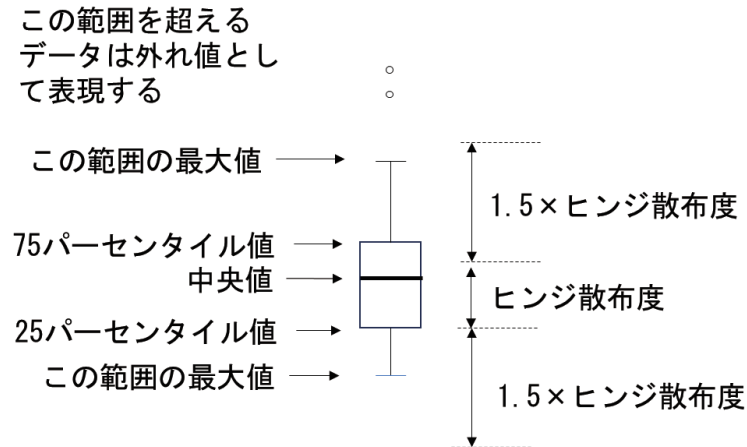


図 11 箱ひげ図の基本要素

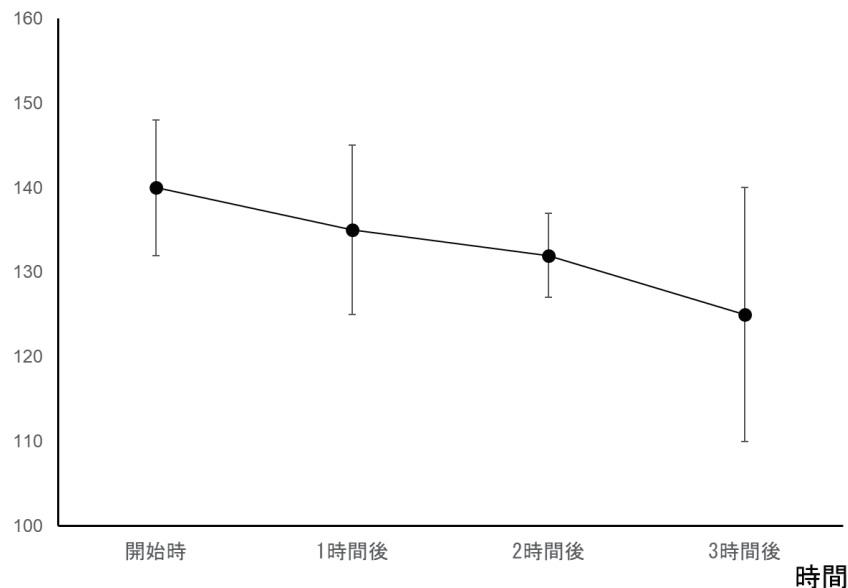


図 12 血圧と時間の関係

たい場合は標準偏差で誤差範囲を示します。

2.2.2.3.2 データが正規分布に従っていない場合

データが正規分布に従っていない場合、平均値、標準偏差は大きな意味を持ちません。また大きな外れ値がある場合、平均値の信頼性が低くなっています。データが正規分布に従っていない場合は図に示すような箱ひげ図で表現します。検定においてノンパラメトリック検定を行っているにもかかわらず、データが棒グラフで表現されている誤りが散見されます。データが正規分布に従っていない場合は箱ひげ図で表現するのが基本です (図 11)。

2.2.2.2.3 対応のある場合

1 つの変量の時間変化など、同じもの、同じ人を測定した結果には、折れ線グラフを用います (図 12)。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省 令和 3 (2021) 年度 国民医療費の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/21/index.html> (2025 年 11 月 8 日アクセス)
- 2) 石村 貞夫, 分散分析のはなし, 東京図書, 東京, 1992, 1-373.
- 3) 石村 貞夫, 石村 光資郎, 入門はじめての分散分析と多重比較, 東京図書, 東京, 2008, 1-288.
- 4) Kamden K. Strunk, Mwarumba Mwavita, Routledge, London, 2020, 1-296.

解説

コラム

私はお酒（専門はウイスキーです）に合う料理を作ることが好きで、時間があればよくキッチンに立ちます。この料理という行為は往々にして研究と似ているとよく感じます。材料選び（対象者の選定）、組み合わせ（比較）、手順（方法）、そして最終的に「誰がおいしいと感じるか」（結果）です。この「誰がおいしいと感じるか」が重要です。この解説では、医療統計学がテーマですがこれは料理という手順や美味しさの判定方法に該当します。いくら高等な料理スキルや高価な食材を用意しても、調理方法の誤りや食べて欲しい人がズレていれば、最終的に出来上がる料理が美味しいと言ってもらえません。研究も同じで、思いついたアイデアが「臨床で使えるエビデンス」になるかどうか、から離れないように気をつけるべきです。つまり、歯科衛生士として研究を考えると、最初に問うのは「この研究は臨床を良くするか」「業務範囲で実際に役立つか」ということです。どれほど魅力的なアイデアでも、現場で使えなければ豪華だけど物凄く食べにくい料理のようなもので、価値は半減します。逆に、シンプルでも臨床の質を確実に高める研究は、家庭料理のように強く支持されるとも言えます。特に、今回の解説のテーマでは、分布に当てはまらない分析をすれば、有意なものも有意でなくなることに触れました。これも料理に例えるのであれば、たこ焼き器でたい焼きを作る、もしくは、たい焼き器でたこ焼きを作るようなこととも表現できます。研究テーマは自由です。しかし、自由だからこそ“成果が誰に届くか”という目的地を意識することが重要です。

日々の臨床には研究の材料がたくさんあります。作業の効率化や患者教育の改善、予防処置の質向上など、どれも“冷蔵庫の中の素材”です。そこに科学という火を入れることで、大きな価値をもつ成果が生まれます。だからこそ大切なデータと向き合うときに、私は「この成果は現場で本当に役に立つか？」と自分に問い続けています。その問いこそが、歯科衛生士の研究を価値のあるものへ導く大切なスパイスだと信じています。

（松田悠平）

原 著

成人健常者の舌圧と握力との関連

Relationship between tongue pressure and hand grip strength in healthy adults

畑田晶子

HATADA Akiko

磯貝友希

ISOGAI Yuki

花谷早希子

HANATANI Sakiko

大岡知子

OOKA Noriko

古賀 恵

KOGA Megumi

畠中能子

HATANAKA Yoshiko

新井麻実

ARAI Mami

大阪府歯科衛生士会
関西女子短期大学歯科衛生学科

和 文 抄 録

【目的】超高齢社会の日本において、介護予防の観点から早期にオーラルフレイルの兆候を評価し、機能低下を抑制する歯科の介入が必要である。介入時期の決定には、広い年代における口腔機能の推移を予め明らかにしておく必要がある。そこで本研究では、広い年代の健常成人を対象に口腔機能の一指標として舌圧に焦点を当て、検討を行うとともに、オーラルフレイル予防のための一次スクリーニング法としての握力の有用性を検討した。

【対象および方法】18歳–64歳の男性104名、女性178名の計282名を対象に舌圧および握力の測定を実施した。舌圧は3回測定した平均値を舌圧とし、握力は左右それぞれ1回ずつ測定した平均値を握力とした。

【結果および考察】舌圧と握力のいずれについても明らかな性差が認められ、男性群、女性群ともに握力と舌圧間に有意な正の相関関係が認められた。また本調査対象者においては、舌圧は握力の要因を受けていること、男性と比較して女性の方が舌圧の基準値を下回りやすいこと、舌圧と年齢の間には有意な関連がないことが示唆された。以上より、握力の評価は舌圧の機能低下を探る方法として使用できる可能性が示唆された。

【結論】18歳–64歳を対象とした本調査で、握力と舌圧は正の相関が認められた。18歳–64歳でなおかつ口腔機能低下を自覚していない、または自覚の有無にかかわらず日常生活上の支障のない者では、男性と比較して女性の方が舌圧の基準値を下回りやすい傾向を示す($p < 0.01$)ものの、両性において相関が確認されており、年齢に関わらず、簡易的な握力測定結果でも握力が舌圧を反映している可能性が示唆された。

キーワード 舌圧 握力 成人 スクリーニング

【緒 言】

舌口唇運動や咀嚼は一連の口腔特有の運動機能で、重要な口腔機能の中に包含される。口腔機能は年齢を重ねるに従い、自覚がないうちに低下することが多く、高齢者の口腔機能低下は、進行すれば全身の健康状態の悪化、すなわち全身的なフレイルに直結することが報告されている¹⁻³⁾。ま

た口腔機能低下は認知機能の低下とも関連する可能性も指摘されている⁴⁾。

超高齢社会の日本において、介護予防の観点から早期にオーラルフレイルの兆候を評価し、機能低下を抑制する歯科の介入が必要である⁵⁾。しかし、これまでの研究では高齢者を中心に、口腔機能低下を自覚する者を対象にした調査・研究^{2,6,7)}が多い。2022年の診療報酬改定により50歳以上に口腔機能低下症の検査が保険適応された⁸⁾。太

受付日 2025年3月31日 受理 2025年12月22日

田らは20歳以上の成人を対象とした調査で、口腔機能低下症の有病率が50歳代で50%であるという報告を行っている⁹⁾。また、森田ら¹⁰⁾は、50歳以上を対象とした調査の結果から、オーラルフレイルの者が0%となる年齢は30歳頃であると試算をした。つまり、オーラルフレイルの発現は想像以上に早期である可能性が考えられ、これらから早期オーラルフレイルの兆候を見極めるためには若年層を含めた幅広い年代での調査が必要であると考えられる。

高齢者を対象としたこれまでの研究で、口腔機能を評価する指標として、口腔衛生状態、舌口唇運動機能、咀嚼機能／咀嚼能率、口腔乾燥、舌圧などが調査されているが、指標によっては被験者の口腔環境、特に残存歯数とその結果に強く影響する可能性が示されている¹¹⁾。そのため、これら多くの評価指標は絶対的な口腔機能状態を測るものとはなり得ないと考えられる。一方、これら指標の中で舌圧（最大舌圧）は、残存歯数の影響を受けないとの報告¹²⁾があることから、高齢者の口腔機能低下を把握する一つの有力な指標となる可能性が示唆されている^{13,14)}。

一方、成人の口腔および身体機能に関するこれまでの報告¹⁵⁻¹⁷⁾から、握力が舌圧と正の相関関係にあることが示されている。握力測定は舌圧測定と比較して感染予防対策の必要がなく、その測定方法も簡便であることから、握力が口腔機能の評価の指標として使用できれば、幅広い年代でオーラルフレイルの早期予防のための有益な情報を提供できる可能性が考えられる。そこで、本研究では、口腔機能低下を自覚していない広い年代の健康成人を対象に、年齢や性差により舌圧と握力がどのように関連するかを検討した。

【対象および方法】

1. 対象

学校職員や関係団体に協力の呼びかけを行い、自発的に本研究への参加に同意された口腔機能低下を自覚していない、または自覚の有無にかかわらず日常生活上の支障のない18-64歳の成人を対象とした。男性104名（18-64歳、（平均年齢（標準偏差））34.8（15.0）歳）、および女性178名

（18-64歳、35.6（14.3）歳）の計282名（18-64歳、35.3（14.5）歳）を対象とした。

2. 方法

本調査は2020年7月から2024年10月に実施した。

対象者の選定のため、歯科衛生士が調査内容を説明し調査の同意を得る際に、明らかに口腔機能（食べる、話す）に問題が起きていないことを面接により確認した。

対象者に対し、歯科衛生士が対面で年齢、性別の聞き取りおよび舌圧と握力の測定を実施した。

舌圧測定には、老年歯科医学会が推奨する舌圧測定器を用いた舌圧測定法を用いた¹³⁾。すなわち、舌圧測定器（JMS舌圧測定器、JMS社、広島県、東京都）を用いて、取扱説明書に従い最大努力で7秒程度圧迫後、最大舌圧の数値確認および機器の調整に必要な時間（10-20秒間）休憩し、最大舌圧を3回測定した。

握力測定にはスメドレー式握力計（竹井機器、新潟県）を使用した。立位にて左右ともに1回ずつ測定した。

3. 解析方法

解析にはSPSS Statistics 28（IBM、東京）を使用し、正規性の検定はKolmogorov-Smirnov検定、平均値の差の検定にはMann-Whitney U-test, unpaired t-testを、相関はSpearmanの順位相関を用いて評価した。また、jamovi2.6.44 (<https://jamovi.org/>)を使用し、2項ロジスティック回帰分析を実施した。

4. 倫理的配慮

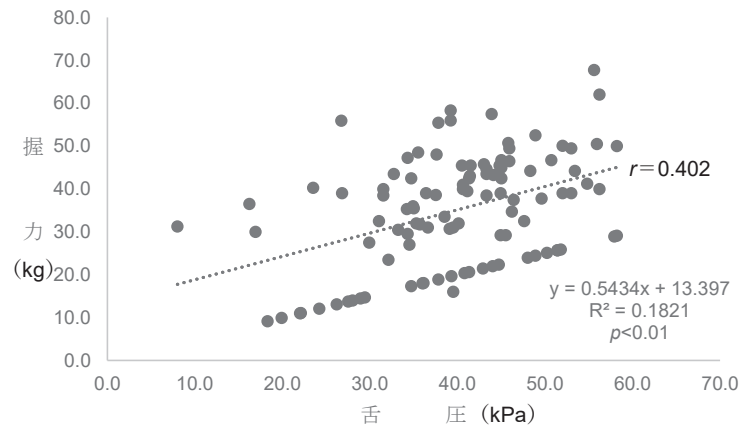
本研究は関西福祉科学大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号20-14）。

【結 果】

1. 舌圧と握力に関する性差

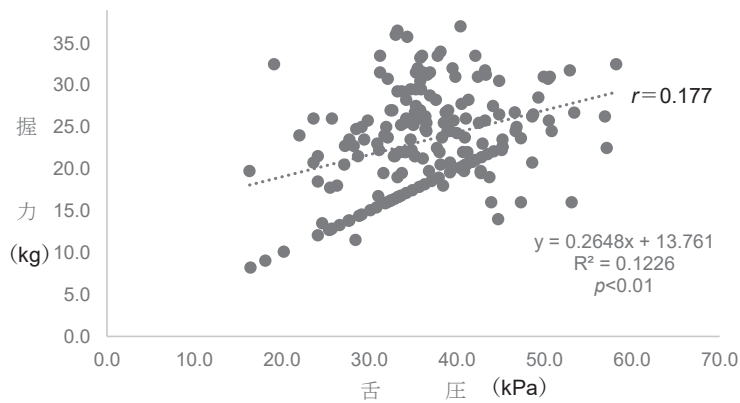
被験者を男性104名、女性178名に分け、両群間の舌圧および握力の差を比較検討した。

本調査においては舌圧測定基準¹³⁾を参考に舌圧は平均値を採用することとした。男性群の舌圧を各3回計測した結果の平均値（標準偏差）は39.8（10.3）kPa（範囲：8.0 - 58.2kPa）、中央値は40.1kPa（範囲：6.1 - 62.3kPa）であるのに対



Spearman の順位相関

図1 舌圧と握力との関連（男性）



Spearman の順位相関

図2 舌圧と握力との関連（女性）

し、女性群の舌圧の平均値は36.7 (7.8) kPa (範囲: 16.3 – 52.8kPa), 中央値は37.1kPa (範囲: 16.1 – 59.8kPa) であった。舌圧の平均値, 中央値ともに正規分布に従わないため, Mann-Whitney *U*-test を実施した結果, 男性群, 女性群の間で有意な差が認められた ($p < 0.01$)。一方, 男性群の左右の握力の平均値は40.4 (9.0) kg (範囲: 17.0 – 67.8kg) であるのに対し, 女性群の場合は25.4 (5.0) kg (範囲: 11.5 – 37.5kg) で, 正規分布に従うため unpaired *t*-test を実施した結果, 握力についても男性群, 女性群の間で有意な差が認められた ($p < 0.01$)。

舌圧と握力のいずれについても明らかな性差が認められたことから, 舌圧と握力の関連性については, 男性群と女性群に分けて検討することとし

た。

2. 舌圧と握力との関連

男性群での舌圧と握力の関連性を検討した結果, 舌圧と握力間に有意な正の相関関係が認められた ($r=0.402$, $p < 0.01$) (図1)。さらに女性群についても同様の検討を行ったところ, 有意な正の相関関係が認められた ($r=0.177$, $p < 0.05$) (図2)。

3. 舌圧と年齢・性別・握力との関連

舌圧が基準値以下を示す際の影響要因を確認するため, 目的変数を舌圧の基準値以下 (30kPa 未満) か基準値以上 (30kPa 以上) の2群とし, 説明変数を年齢, 性別, 握力とする2項ロジスティック回帰分析を実施した。本調査対象者の年齢分布を図3に示す。年齢については, 2022年

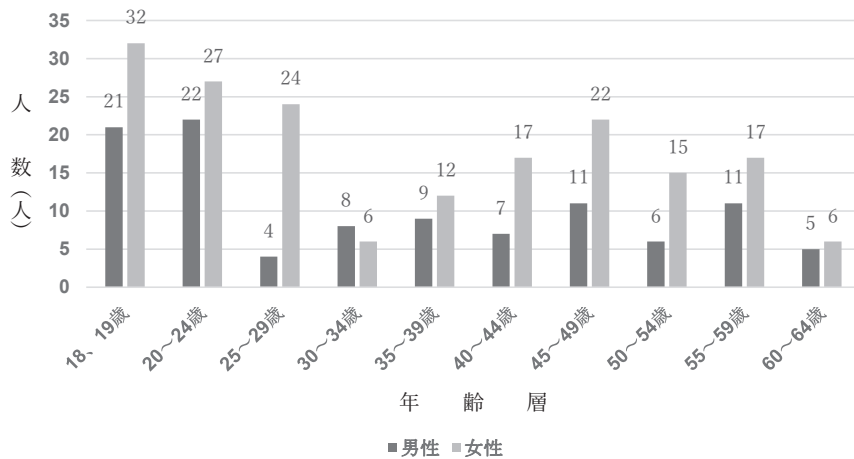


図3 本調査対象者の人数分布

表1 舌圧低下（30kPa未満）を目的変数とした2項ロジスティック回帰分析

説明変数	オッズ比	95%信頼区間		<i>p</i> 値
		下限	上限	
握力	0.89	-0.17	-0.06	<0.01
年齢 (基準群：19歳以下群)				
20-49歳群	0.99	-0.86	0.83	0.97
50-64歳群	0.96	-1.03	0.95	0.94
性別 (基準群：男性)	0.22	-2.49	-0.58	<0.01

目的変数=舌圧

の診療報酬改定により50歳以上に口腔機能低下症の検査が保険適応されたということ⁸⁾に加え、口腔機能低下症の有病率が50歳代で50%であるという報告を基に⁹⁾、年齢区分を-19歳以下群、20-49歳群、50-64歳群の3群に分けた。

その結果、本調査対象者においては舌圧と握力は有意に関連しており ($p<0.01$)、男性と比較して女性の方が舌圧の基準値を下回りやすいこと ($p<0.01$) が示唆された。また、舌圧と年齢の間には有意な関連がないことが示唆された (表1)。

【考 察】

口腔機能の低下が高齢者の全身の健康状態の悪化、すなわち全身的なフレイルに直結するとの調査・報告¹⁻³⁾ がなされている。そのため超高齢社

会における介護予防という観点で、歯科医療が果たすべき役割の一つとして、高齢者の口腔機能の低下抑制が挙げられる。この役割を果たすためには、オーラルフレイルの早期の段階で口腔機能の低下を把握し、その進行を抑制するための介入が必要となる。しかしながら高齢者を含まない健康成人での口腔機能に関する調査結果が少ないため、どの段階でどのような歯科の介入が必要か否かという判断基準は示されていない。その理由の一つとしては、高齢者の口腔機能の実態を正確に把握することが困難で、適切な介入時期を知る明確な指標を欠いているという状況が挙げられる。そこで、本研究では、オーラルフレイルの早期発見のための一次スクリーニング法の一つとして握力測定が有用か否かを検討するための前段階とし

て、広い年代における舌圧と握力の関連を解析した。

その結果、舌圧については、女性群と比較して男性群の方が有意に高い値を示すことが明らかとなった。この結果は歯学部2年生を対象とした新谷らの報告¹⁸⁾を支持するものであるが、本研究結果から18歳-64歳の幅広い年齢の健常成人の舌圧にも有意な性差があることが明らかとなった。

握力についても、本研究結果では男女両群間で有意な差が確認されたことから、本研究では、舌圧と握力の関連性については男性群と女性群にわけて検討した。その結果、男性群、女性群ともに舌圧と握力間に有意な正の相関関係が認められた。

先行研究において、舌圧と握力に相関関係が認められることは、対象者が高齢者の場合¹⁹⁾や20歳前後の若年者の場合^{16,20)}で報告されている。本調査対象者においても舌圧と握力に相関関係が認められており、先行研究を支持し、幅広い年代においても同様の結果が得られた。

握力の測定方法については、左右交互に2回測定した最大握力を採用した先行研究^{16,20)}や、利き手のみ3回の握力測定方法を採用した先行研究¹⁹⁾がみられる。どちらにおいても、握力と舌圧は正の相関関係にあることが示されている。現在、握力の測定方法で一般的に多く採用されているのは、立位にて左右交互に2回測定し、最大握力を採用する方法である²¹⁾。これは1回目の握力測定時には最大の力が発揮されない傾向にあるということによる。黒崎は、20-22歳を対象とした調査の中で、最も信頼性の高い値は3回測定の最大値であるとしつつ、結論において、臨床では効率性を考え、1回測定値の信頼性は高く選択肢の一つであるとしている²²⁾。時間的制約の多い中での臨床応用を行うにあたりより簡易な方法で測定を行う必要があったため、本調査においては左右1回ずつ測定する方法を採用した。その平均値を握力として採用しても、握力と舌圧は正の相関関係が認められた。

また、握力および舌圧が年齢に影響を受けないことが確認されたことより、18歳-64歳でな

かつ口腔機能低下を自覚していない、または自覚の有無にかかわらず日常生活上の支障のない者の場合は、男女個々の群で程度が異なるものの相関が確認されており、年齢に関わらず、握力が舌圧の低下を早期に発見するための有益な情報を提供する可能性が示唆された。

しかしながら本調査では、18歳-64歳までの男女を対象としており、より口腔機能低下に注意が必要となると考えられている65歳以上の者を対象として調査を実施できていない。また、口腔機能低下の可能性のある者は対象としていない。今後、65歳以上の高齢者および口腔機能低下を自覚する者を対象として、本調査を継続して実施することで、舌圧と握力との関連を再検討し、握力の評価が舌圧の機能低下のスクリーニング法として有効であるか否かを明らかにする必要がある。

【結 論】

18歳-64歳を対象とした本調査では、左右1回ずつ測定した結果の平均握力と3回の最大舌圧の平均の舌圧は正の相関が認められた。また、18歳-64歳でなかつ口腔機能低下を自覚していない、または自覚の有無にかかわらず日常生活上の支障のない者では、舌圧と握力は正の相関関係にあり、舌圧と年齢の間には有意な関連がないことが示唆された。以上の結果より、簡易的な握力測定結果でも握力が舌圧を反映している可能性が示唆された。

【謝 辞】

本研究の一部は、日本歯科衛生学会第17回、第18回学術大会において発表しました。また、本研究は公益社団法人日本歯科衛生士会2023年度歯科衛生臨床研究助成を受けたものです。

稿を終えるにあたり、多大なるご助言頂きました関西女子短期大学 脇坂聡教授、村上伸也教授、永田英樹教授に深謝いたします。

本研究内容に開示すべき利益相反項目はない。

【引用文献】

- 1) 森崎直子, 三浦宏子, 原修一: 在宅要介護高齢者の栄養状態と口腔機能の関連性, 日老医誌, 52(3): 233-242, 2015.

- 2) 酒井理恵, 濱寄朋子, 角田聡子, 廣島屋貴俊, 邵仁浩, 片岡正太, 岡田圭子, 筒井修一, 岩崎正則, 安細敏弘:在宅要介護高齢者における口腔機能状態, 栄養状態および食物摂取状況との関連, 口腔衛生会誌, 68(4):207-218, 2018.
- 3) 佐原久美子, 福井誠, 坂本治美, 土井登紀子, 吉岡昌美, 岡本好史, 松本侯, 松山美和, 河野文昭, 日野出大輔:後期高齢者の口腔状態と要介護状態または死亡発生との関連性, 口腔衛生会誌, 72(2):106-114, 2022.
- 4) 石川正夫, 武井典子, 石井孝典, 高田康二, 濱田三作男:グループホームにおける口腔機能向上プログラム介入による認知機能の低下抑制効果について, 老年歯学, 30(1):37-45, 2015.
- 5) 一般社団法人日本老年医学会, 一般社団法人日本老年歯科医学会, 一般社団法人日本サルコペニア・フレイル学会:オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント, 老年歯学 38(supplement):86-96, 2024.
- 6) 尾崎由衛, 梶原美恵子, 柴田佳苗, 梅本丈二:高齢者施設利用者における口腔機能低下症罹患率に関する検討, 老年歯学, 33(3):350-357, 2018.
- 7) 西村圭織, 栢下淳:通所リハビリテーション利用の高齢者における栄養状態と口腔・嚥下機能および食事摂取状況の関連, 日摂食嚥下リハ会誌, 26(3):180-189, 2022.
- 8) 令和元年国民健康・栄養調査報告 | 厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyuu/r1-houkoku_00002.html (2025年12月17日アクセス)
- 9) 太田緑, 上田貴之, 小林健一郎, 櫻井薫:地域歯科診療所における口腔機能低下症の割合, 老年歯学, 33(2):79-84, 2018.
- 10) 森田一三, 松本祐介, 杉浦石根, 稲川祐成, 中郷誠治, 野村岳嗣, 阿部義和, 丸山智美:オーラルフレイルが現れる年齢の推定の試み, 日歯医療管理誌, 58(2):116-121, 2023.
- 11) 伊與田清美, 水谷慎介, 奥葉央理, 柏崎晴彦:地域歯科診療所における自立高齢者の口腔機能低下症に関する実態調査, 老年歯学, 34(3):406-414, 2019.
- 12) Kikutani T, Tamura F, Nishiwaki K, Kodama M, Suda M, Fukui T, Takahashi N, Yoshida M, Akagawa Y, and Kimura M:Oral motor function and masticatory performance in the community-dwelling elderly, Odontology, 97:38-42, 2009.
- 13) 水口俊介, 津賀一弘, 池邊一典, 上田貴之, 田村文誉, 永尾寛, 古屋純一, 松尾浩一郎, 山本健, 金澤学, 渡邊裕, 平野浩彦, 菊谷武, 櫻井薫:高齢期における口腔機能低下 一学会見解論文 2016 年度版一, 老年歯学, 31(2):88-99, 2016.
- 14) 上田貴之, 水口俊介, 津賀一弘, 池邊一典, 田村文誉, 永尾寛, 古屋純一, 松尾浩一郎, 山本健, 金澤学, 櫻井薫:口腔機能低下症の検査と診断 一改訂に向けた中間報告一, 老年歯学, 33(3):299-303, 2018.
- 15) 中東教江, 山縣誉志江, 栢下淳:高齢者の舌圧が握力および食形態に及ぼす影響, 日本栄養士会雑誌, 58(4):289-293, 2015.
- 16) 齋藤健太郎, 齋藤彩子, 柴本勇:健常若年者及び高齢者の最大舌圧と握力の検討, 国際医療福祉大学学会誌, 20(1):23-26, 2015.
- 17) 榊井悦子, 柿本和俊, 元根正晴:健常非高齢成人の最大舌圧とサルコペニア因子および背景因子との関連, 歯科医学, 87(1):13-19, 2024.
- 18) 新谷智章, 吉川峰加, 森田晃司, 神田拓, 北川雅恵, 小川郁子, 菅井基行, 津賀一弘, 栗原英見:健常な若年成人を対象としたスクリーニング検査(最大舌圧, 咬合力, 咬合接触面積, 口腔細菌数)による口腔機能・環境の評価一特に最大舌圧と他の検査結果との比較について一, 日本口腔検査学会雑誌, 7(1):42-46, 2015.
- 19) 田中陽子, 中野優子, 横尾円, 武田芳恵, 山田香, 栢下淳:入院患者および高齢者福祉施設入所者を対象とした食事形態と舌圧, 握力および歩行能力の関連について, 日摂食嚥下リハ会誌, 19(1):52-62, 2015.
- 20) 小山未来恵, 池田利恵:女子学生における最大舌圧と運動機能との関連, 日本口腔保健学雑誌, 9(1):2-9, 2019.
- 21) 永井栄一:握力測定における測定方法と測定条件の影響, 保健医療学雑誌, 12(1):75-82, 2021.
- 22) 黒崎真樹:握力測定の信頼性 ～試行間休憩時間の影響と臨床的判断～, 健康科学大学紀要, 15:3-11, 2019.

英文抄録

[Objective] From the perspective of nursing care prevention, dental intervention to evaluate the early signs of oral frailty and suppress functional decline is crucial in a super-aging society like Japan.

In order to determine timing for intervention, clarifying in advance the transition of oral functions across a wide range of age groups is critical. This study focused on tongue pressure as an indicator of oral function in healthy adults over a wide range of ages, and examined the utility of hand grip strength as a primary screening method for preventing oral frailty.

[Subjects and Methods] Tongue pressure and hand grip strength were measured in a total of 282 subjects (104 males and 178 females; aged 18 to 64 years) who did not perceive any decline in oral function. Tongue pressure was calculated as the average of three measurements, and hand grip strength was calculated as the average of one measurement on each side.

[Results and Discussion] There were clear gender differences in both tongue pressure and hand grip strength: those of males were much higher than those of females, and a significant positive correlation was observed between tongue pressure and hand grip strength in both male and female groups. There was no significant correlation between tongue pressure and age.

[Conclusion] This study suggests that hand grip strength may reflect tongue pressure regardless of gender or age, and that measurement of hand grip strength may be an effective screening method for tongue pressure measurement.

歯科衛生士の介入を通じて経年継続した顔のゆがみおよび味覚に関する自覚症状の改善に寄与した短期集中サービス・活動 C（訪問型）対象者の一例

A case of a patient receiving short-term intensive service/activity C (visit type) which dental hygienist intervention contributed to the improvement of long-standing facial distortion and complaints about taste

富永万里子

TOMINAGA Mariko

熊本県歯科衛生士会
菊池市役所地域包括支援センター

和 文 抄 録

【諸 言】「短期集中予防サービス（活動 C）」は、基本チェックリストの該当者や要支援者に対して、短期間で保健・医療の専門職が通所、訪問といったスタイルで支援し、以前の生活への復帰を目指そうとするものである。本報告では、基本チェックリストの口腔機能 3 項目中、むせ・口の渇きの 2 項目の該当により、歯科衛生士が訪問し口腔機能への支援を通じて、経年続く顔のゆがみおよび味覚に関する訴えの軽減がみられた一症例を紹介する。本症例の報告にあたり、家族の同意を得た。

【症例の概要】対象者は 80 代女性。6 年前に末梢神経障害、三叉神経痛、3 年前に帯状疱疹の既往があり、介入時右側顔面に麻痺が見られ、既往歴および症状から、末梢性顔面神経障害が疑われる状況であった。また辛味・甘味に対する味覚に関する訴えがあった。

【経過および考察】介入期間は 4 カ月、歯科衛生士がプラン立案の際、他職種の助言を受け口唇・舌の運動や顔面マッサージを加え、口腔機能訓練を行い 7 回訪問指導した。入開始から 1 カ月半でむせの改善、口腔乾燥・流涎の軽減、2～3 カ月後には味覚に関する訴えの軽減があった。最終的には顔のゆがみが軽減し、体重増加も認められた。他職種の助言をプランに反映できたことと対象者の積極的な口腔保健行動が症状の軽減に繋がったと考える。

【結 論】「活動 C」の対象者において、歯科衛生士を中心とした多職種連携の中で歯科衛生士が実施する口腔機能訓練の可能性が示唆された。

キーワード 活動 C 顔面麻痺 味覚 多職種連携

【緒 言】

令和 6 年度（2024 年）の地域支援事業実施要綱の改正において、短期集中予防サービス事業（サービス C）」は、「短期集中予防サービス

（サービス・活動 C）」（以下、「活動 C」）へ名称が変更された。このサービスは、短期間（3～6 か月）で集中的に支援を行い、高齢者の自立（自律）を促進することを目的としている。主に介護予防・日常生活支援総合事業対象者や要支援 1・2 といった軽度者の生活機能の向上を通所、訪問

受付日 2025 年 4 月 14 日 受理 2026 年 1 月 29 日

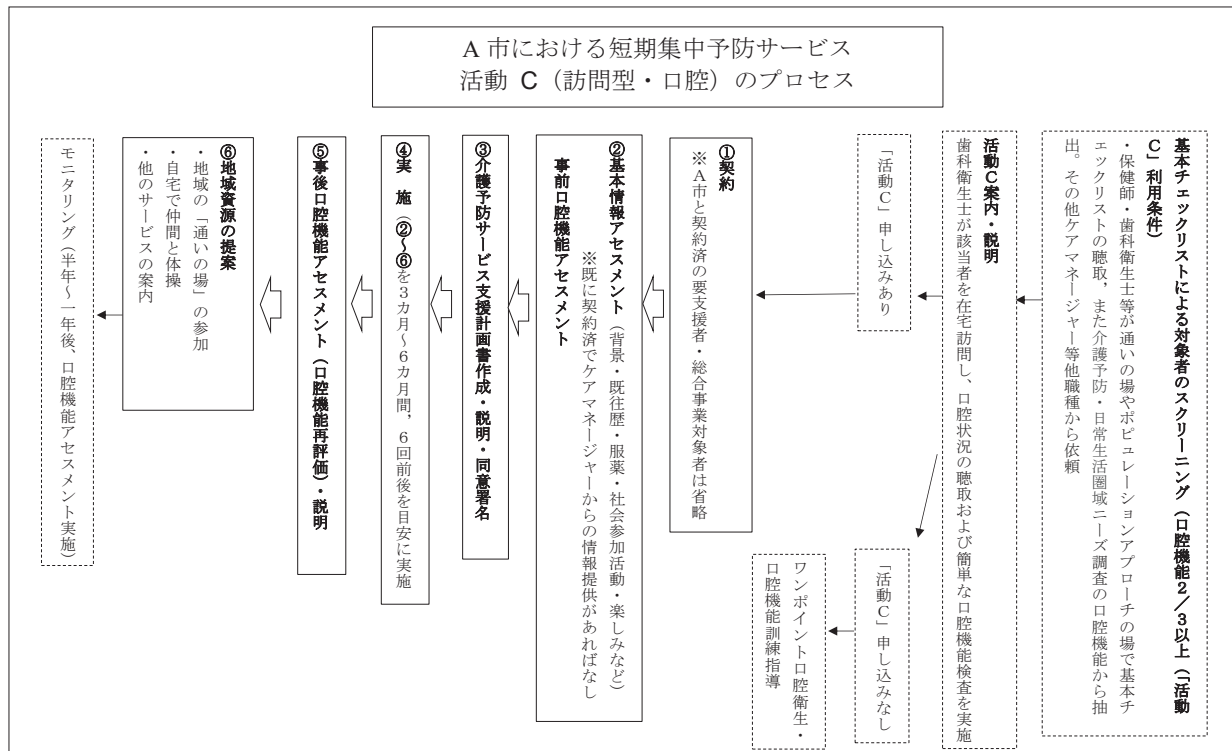


図1 A 市における短期集中予防サービス活動 C（訪問型・口腔）のプロセス

といったスタイルで、保健・医療の専門職が中心となって要介護状態への移行を防ぎ、かつインフォーマルな社会資源の活用、自分が主体となって営む以前の生活への復帰を目指そうとするものである¹⁾。令和5年度の介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）における「活動C（通所型・訪問型）」の事業実施率は、職種を含め1741市町村中455市町村（26.13%）²⁾でいまだ十分とはいえない状況である¹⁾。A市では、口腔機能向上を目的に2012年から（平成24年）二次予防事業として、2016年（平成28年）から介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型短期集中予防サービス「お口げんき訪問」：訪問型サービスC）を歯科衛生士が実施し、2024年の改正から「活動C」に至る。A市の「活動C」のプロセスを示す（図1）。対象者は、通いの場やポピュレーションアプローチ、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査で基本チェックリストの口腔機能3項目中2項目以上に該当した高齢者を歯科衛生士が訪問し説明後希望した者、またはケアマネージャーなど他職種からの依頼で介入する。2018年度～

2024年度の利用者は72人（終了者数60人）であった。本報告では、歯科衛生士が口腔機能への支援を通じて、経年続いた顔のゆがみおよび味覚に関する訴えの軽減がみられた一症例を経験した。本症例の発表に際して、家族の同意を得た。

【症例の概要】

対象者は、地域の公民館でのポピュレーションアプローチの際、基本チェックリストの聴取を行い口腔機能3項目中、むせ・口の渇きの2項目の該当により「活動C」を希望した総合事業対象者、80代女性。既往歴は、介入時の3年前に带状疱疹、自律神経失調症、亜鉛欠乏症の疑い、6年前に高血圧症、末梢神経障害、三叉神経痛等であった。現在の服薬はアムロジピンベシル酸塩、ロスバスタチンカルシウム、アデノシン三リン酸二ナトリウム水和物、トフィソパム、マコバラミン、白虎加人参湯エキス、ポラブレジングの7種を服用している。日常生活は自立しているが体調不良の際は横になることが多い。介入の際は6年前から口の渇きがあり、味覚に関して「辛味・甘



図2 3回目：イー発音



図3 6回目：イー発音

味を感じない」「米の味がしない」「砂を噛むようだ」などの自覚症状があった。また事前アセスメントの際のむせや口の渇き、右口角からの涎、「口から食べ物がこぼれる」「右目が閉じにくい」「左側顔面から側頭部を押し付けられたようで頭がジンジンする」「左側の頬部の強張りがある、触れた感じがしない」その他「食欲がない」「まっすぐ歩けない」などの訴えがあった。過去の受療中、顔のゆがみに対するリハビリテーションはなかった。介入時の顔面写真を図に示す（図2）。右側にほうれい線の消失、口角下垂が見られる。「身長142cm、体重40kg、Body Mass Index（以下、BMI）：19.8kg/m²、」初回時の口腔内の観察結果により、残存歯は26本で義歯の使用はなく、左側舌側に少量の食物残渣の停滞を認めたが、舌の沈着物もなく概ね口腔衛生状態は良好であった。また月1回の歯科定期受診もあった。反復唾液嚥下テスト（Repetitive Saliva Swallowing Test 以下、RSST）：2回、オーラルディアドコキネシス（Oral diadochokinesis 以下、ODK）：パ5.3回/秒、タ5.3回/秒、カ5.8回/秒で正常値の6回/秒を下回り、舌・口唇の巧緻運動低下を示した。事前口腔機能アセスメントをもとに口腔機能訓練の個別プランを作成した（図4）。プランの目標を「むせが軽減し安心して食事ができる。」とし、目標を解決するための口腔機能訓練³⁻⁹⁾を立案し説明、同意を得た。1日の目標については提案後に対象者と相談し決定した。

【経過】

介入期間は4カ月、1回当たり60分～90分、約2週間毎に7回訪問して実施した。1回目はアセスメント、2回目はプランの説明および口腔ケアを実施、その後6回目に事後口腔機能アセスメントを行った。実施内容および対象者の状況・変化、多職種との連携の経過記録を表に示す（表1）。口腔機能訓練については自身で実施する時は違和感などがあれば止めるよう助言した。なお歯科衛生士が対象者に許可を得て、かかりつけ歯科に本サービスの介入を報告した。3回目には「唾液が良く出るようになった、味噌汁でよくむせていたが最近はない、涎も少なくなった、口の渇き、むせはない」と述べられた。口の渇きとむせは改善し流涎も軽減したとみられる。毎日実施する口腔機能訓練の目標（図4）を4.開口体操5回、5.ストロー吹き5回、6.舌のタッピング20回としたが、それ以外にも9.舌・口唇の嚥下訓練、11.鏡を見ながら頬の中央部を膨らます頬訓練、12.頬のマッサージを適宜加えて実施するなど積極的な行動が見られた。また1.嚥下の仕組みを理解してもらうために手作りの媒体を使用し、口腔機能訓練と関連付けて説明した。味覚に関する自覚症状があったため、亜鉛を多く含む食品の紹介はしたが対象者の反応は消極的であった。4回目には、「米の甘味を感じ食事が楽しい」と思えるようになってきた、食事が増えた」といった発言も聞かれ、味覚に関する訴えの軽減がみられた。5回目の訪問時、「あばら骨の打撲で昨日まで体調不良だった。唾液が出ない」といわ

表 1 経過記録

経過記録			
回数/ 月 日	歯科衛生士実施内容 ※①～⑥は図 1 に準ずる。※口腔機能訓練は図 4 参照	聞き取り状況・変化	多職種連携関連 ※9-11 は図 4 参照
1 回目 X 年 Y 月 Z 日	①契約, ②基本情報アセスメント・事前口腔機能アセスメント	・固い物の食べにくさなし, 味噌汁で 2.3 日 1 回むせ在り, 口の渇き時々ある。頬のふくらまし左頬不十分, スロー吹き不十分, 甘味辛味が分からない。口から食べ物が落ちる。	口腔機能訓練プラン立案について 言語聴覚士: 図 4 口腔機能訓練: 9・10・11 理学療法士: 12 の提案をもらう。
2 回目 1 回目 +14 日	③プラン説明, 同意書署名 ④実施 ・口腔ケア, 頬粘膜・歯肉マッサージ ¹⁰⁾ , 頬の内側を歯ブラシの背面を使用しマッサージする方法を説明。 ・口腔機能訓練 (具体的な方法): 2・6・9・10・12 各体操については違和感があれば止めることを伝える。	・口腔機能訓練 9 に対して, よさそうすっきりする,	かかりつけ歯科医: 本サービス申し込みの報告連絡
3 回目 2 回目 +14 日	④実施 ・口腔ケア, 頬粘膜・歯肉マッサージ ・口腔機能訓練 (具体的な方法): 1・3・6・10・12	・口の渇き改善, 唾液が良く出るようになった。・むせていたが最近はない。・口の渇きなし。涎軽減。 ・口腔機能訓練 9 は止めた。7 は毎日している。	
4 回目 3 回目 +19 日	④実施 ・口腔ケア, 頬粘膜・歯肉マッサージ ・口腔機能訓練 (具体的な方法): 3・8・11・12・唾液腺マッサージ ・顔面麻痺が改善傾向にあるためリハビリテーション病院の受診を勧める。	・唾液が良く出て, 米の味がする甘い。・食事が楽しい。・食事が量が増えた。以前の砂を噛む感じが少し変わってきた。・よく噛むようになった。・最近前はどトレーニングしていない。・リハビリ受診については交通手段が気になるようで消極的な反応。	
5 回目 4 回目 +14 日	④実施 ・口腔機能訓練 (具体的な方法): 3・7・11・12・15・唾液腺マッサージ ・キシリトールガムの提案 ⑥社会資源提案 自宅地域仲間と一緒に 15 を実施するかデイサービスを利用するか提案	・肋骨打撲, 最近痛みはなくなった。唾液が出ない。	
6 回目 5 回目 +28 日	⑤事後口腔機能アセスメント ④実施 ・DVD 高知県いきいき百歳体操, かみかみ百歳体操実施および DVD プレイヤーの貸し出しをする。	・固い物の食べにくさと口の渇きはなく, 初回 2.3 日に 1 回あったむせが 1 週間に 1 回位になった。 ・味が分かるようになり食欲が出てきた。体重が 1 kg 増えた。	
7 回目 6 回目 +37 日	⑤事前・事後口腔機能アセスメントの説明, ④実施 口腔機能訓練 (具体的な方法): 15 ⑥社会資源の提案	・時々 DVD 高知県のいきいき百歳体操, かみかみ百歳体操をしている。 ・DVD プレイヤー購入, DVD 高知県いきいき百歳体操, かみかみ百歳体操の希望があり有料配布, ・自宅で隣人と一緒に体操をしようと誘ったが断われた。 ・閉じこもり予防を目的とする通所「ふれあいデイサービス」を希望	・かかりつけ歯科医: 本サービス終了結果報告 (事前・事後アセスメント) ・ケアマネジャーと生活支援子コーディネーターへ繋ぐ。
7 回目 +26 日	モニタリング (電話) デイサービスの状況確認	・知人が多くいて楽しい。デイサービスでも百歳体操・口腔体操があり行っている。自宅では DVD での体操は実施していない。	

れ唾液分泌促進を目的にキシリトール配合ガムの咀嚼¹²⁻¹⁴⁾を勧めたところ, すぐにかかりつけ歯科から取り寄せ, 日常的にも実践をしてくれるよう

になった。また A 市は希望者に熊本県「くまもと笑顔でよかよか体操」(運動機能編・認知機能編・口腔機能編)の DVD の無料配布, および

口腔機能訓練の個別プラン
<p>目標：むせが軽減し、安心して食事ができる。</p>
<p>口腔機能訓練（具体的な方法）</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1.飲み込む仕組みを理解する。 2.むせ・窒息予防のために食事の姿勢，食べ方，嚥むことの大切さを知る。 3.準備体操（嚥下体操）：口すぼめ呼吸，首・肩のストレッチ³⁾ 4.血圧状況を見て，嚥下オデコ体操をする。または，開口（アー）体操，頭部挙上体操を5回する⁴⁾。 5.口角を手でふさいで，ストロー吹きを5回する⁴⁾。（ブローイング） 6.舌のタッピング（舌鳴らし）を20回する⁵⁾。 7.口をできるだけ閉じて舌回し体操⁶⁾を左右5回する。 8.スルメを嚥み左右舌で回す⁴⁾。 9.上あごにジャム・マヨネーズを塗り、味がなくなるまで，舌運動をして，唾液をかき集め飲み込む⁷⁾。 10.口角を挙げて、微笑むことを30回する。 11.鏡を見ながら頬訓練（頬の中央部を膨らます）⁸⁾を3回する。 12.頬のマッサージを軽くする。2本指で縦縦・横横・丸の要領で行う⁹⁾（筋伸縮マッサージ）。 13.定期歯科受診を継続する。 14.地域での集まりを月2回に増やす。 15.DVD（いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操・くまもと笑顔でよかよか体操（運動機能編・認知機能編・口腔機能編）いずれかをする。
<p>1日の目標</p>
<p>・開口体操を食事前に5回する。・舌のタッピングを20回する。・ストロー吹き5回をする。</p>

図4 個別口腔機能訓練のプラン

DVD プレイヤーと高知県「いきいき百歳体操」「かみかみ百歳体操」のDVDを1カ月間貸し出す取り組みを行っている。今後の口腔機能の維持と介護予防を見据え15.熊本県「くまもと笑顔でよかよか体操」のDVDの各一部を視聴しながら体操を実施した。対象者には週2回以上実施するよう助言した。6回目に事後口腔機能アセスメントを行った。「固い物の食べにくさはなく、むせが1週間に1回位になった、口の渇きはなくなっ

た」といわれ、一旦改善したむせの頻度が増えた。RSST：3回，ODK：パ6.0回/秒，タ6.1回/秒，カ5.7回/秒となりODKのカ以外は初回と比べて良い結果を示した。3回目と6回目訪問時の「イー」発音の写真を比較すると，右口角の挙上が見られ，顔のゆがみが軽減した（図2.3）。体重が1回目と比べ1kg増加しBMIは20.3kg/m²となった。7回目の終了時は，前回の事後口腔機能アセスメントの評価結果の説明と3回目と

6 回目の顔写真を渡しその変化に満足感を示された。また貸し出しをしていた高知県「かみかみ百歳体操」の DVD はその後対象者が購入し、DVD プレイヤーは家族の協力もと購入された。またキシリトールガムの咀嚼も継続し、1 日の目標である口腔機能訓練に適宜加えて実施するなど積極的な保健行動が見られた。歯科衛生士が社会参加について説明すると人との交流を希望されたため、自宅で仲間と体操をすることを提案した。その後対象者が友人を誘ったが、実現はできなかった。そのため自立した高齢者を対象とした閉じこもり予防を目的とする「通所ふれあいデイサービス」を紹介し希望があったことから、ケアマネジャーと生活支援コーディネーターに繋いだ。またかかりつけ歯科へ事前事後アセスメントの終了報告をした。1 カ月後の電話でのモニタリングの際、週に 1 回の「通所ふれあいデイサービス」で高知県「いきいき百歳体操」と「かみかみ百歳体操」の DVD の体操を実施しており、地域の知人との交流を楽しんでいるという声が聞かれた。

【考 察】

本症例の目標であるむせの軽減については、1 回事前アセスメントで 2～3 日に 1 回むせがあったが、6 回事後アセスメントの際に 1 週間に 1 回程度になり、1 回目と比較すると軽減し目標は達成している。3 回目むせは一旦改善したが、その後むせの回数が増えた理由として、4 回目の訪問時に、以前ほど口腔機能訓練をしなくなったという発言と 5 回目には肋骨打撲による体調不良もあり、口腔機能訓練が十分でなかったことが考えられる。そのため一旦改善したむせの頻度が増えたのではないかと推察された。この時、1 週間に 1 回になったことを本人が困りごととして捉えていないこと、また体調不良ということもあり、歯科衛生士が積極的な指導ができなかった。この経験を振り返り今後対象者には、再度むせのリスクと口腔機能訓練の必要性を説明したいと考える。

味覚に関しては「甘味・辛味が分からない。米の味がしない。砂を噛むようだ」と 1 回目訴えが

あったが、1 カ月半後の 4 回目「米の甘味を感じ、食事が楽しい」と述べられ味覚に関する訴えの軽減がみられた。3 回目に「唾液が出るようになった」との発言があった。味覚障害の原因として特発性、心因性、薬剤性、亜鉛欠乏性、感冒後などが挙げられる¹⁵⁾。多剤併用（ポリファーマシー）による薬剤性味覚障害が顕著にあり、食欲低下や栄養不良といった二次的影響も無視できない¹⁶⁾。さらに唾液が不足すると、味物質が味蕾まで十分に到達せず、味の知覚が著しく低下するため、唾液分泌量の低下によるドライマウスも味覚障害や嚥下障害の重要な要因である¹⁷⁾。またガムの咀嚼時溶出する糖による味覚刺激および咀嚼に伴う機械的刺激により唾液分泌が促進されていることが知られている¹²⁻¹⁴⁾。咀嚼能力、味覚感受性、唾液分泌能力は互いに影響しあうものと考えられ¹⁸⁾、キシリトール配合ガムの咀嚼により口の渇きの改善や味覚にも影響をもたらしたと思われる。高齢者の味覚障害は、食欲不振や食事摂取量減少を引き起こしフレイルのリスク因子となる¹⁸⁾。本症例を通じて、口腔機能訓練などによって唾液分泌が促されたことにより、味覚に関する訴えが軽減し、食欲が増し食事が増え、結果的に体重が 1kg 増えたと考えられる。

顔のゆがみについては、訪問 3 回目と 6 回目の顔面写真を比較観察し、左顔面のゆがみの軽減と右口角の挙上が見られ表情筋の向上を確認した。要支援・要介護認定者は主治医の意見書から診断名を把握できるが、本症例では、対象者が総合事業対象者であったため、既往歴などは対象者からの自己申告とお薬手帳からの判断にとどまった。既往歴および症状から、末梢性顔面神経障害が疑われる状況であった。プラン立案の際、経年後の顔面麻痺後遺症のリハビリテーションについて顔面神経麻痺後には、麻痺を代償しようとして顔面神経の興奮性がさらに増強する。その結果、表情筋は過度な収縮が持続するため筋が短縮し、顔面拘縮が生じると考えられている¹⁹⁾。この状態に加え、リハビリテーションとして強力な筋力強化訓練を行うと、過剰な収縮が促され拘縮の悪化を招く。そのため、顔面拘縮に対するリハビリテーションでは、外部から温熱療法や徒手的なマッ

サージによって筋を弛緩・伸張するように^{9,10)} 軽度な運動が推奨¹⁹⁾ されていたため、予め立案していた口腔機能訓練とアセスメント情報を理学療法士と言語聴覚士に提言し助言を求めた。理学療法士から軽く筋伸縮マッサージ⁹⁾ をすること、言語聴覚士から硬口蓋にマヨネーズやジャムを塗布し味がなくなるまで舌でかき集め、唾液を取り込む嚥下訓練⁷⁾、口角を挙げる訓練・頬をふくらます訓練⁸⁾ については鏡を見ながら行うよう提案をもらい実施した。実施の際は無理のないよう、何か違和感があったら止めるように理学療法士から助言をもらっていたため配慮しながらすすめた。結果、約3カ月後、顔のゆがみが軽減した。顔面麻痺の症状の一つに味覚障害もある²⁰⁾。表情筋と舌の前2/3は顔面神経支配であるため²¹⁾、顔面のゆがみの軽減が味覚の向上の一因となった可能性が考えられる。味覚の回復は表情筋の回復に先立ち^{22,23)}、唾液分泌に関しても早期に回復するものでは、表情運動の回復が良い^{24,25)} とされている。本症例においても味覚・唾液分泌の向上に伴い表情筋の回復が示唆された。また言語聴覚士や理学療法士の口腔機能訓練の提案・助言が顔のゆがみおよび味覚の向上につながったと考え、多職種との連携の重要性が示唆された。

本症例では評価について、基本チェックリスト口腔機能3項目をはじめ対象者の症状・変化に関する多くの項目は、対象者からの聞き取りによって評価を行った。今後口腔乾燥については、昨年度から口腔水分計の測定が可能になったため客観的評価の一つとして、活用していく方向である。

「活動 C」は短期間ではあるが、在宅での訪問ということもあり歯科衛生士が対象者の背景等を理解し介入していくため、信頼関係が築きやすい。口腔を通して介護予防の3つの柱である運動・食事・社会参加について理解してもらい、今後の望む生活を実現するために何をするべきか、対象者自身が考えるきっかけを作ることができる有益なサービスの一つと考える。歯科衛生士としても口腔の健康を通して対象者の今後のより良い生活に貢献でき、やりがいを感じることができる活動であると考えられる。しかしながら「活動 C」の利用は、A市としても決して多いとはいえ

ない。利用者の増加を図るためにケアマネジャーなど他職種の紹介を得るために結果を出し周知していくことが今後の課題といえる。また歯科衛生士として、通いの場など利用できる地域の社会資源の存在を知り、上手に取り込み支援していくことも重要である。

【結 論】

「活動 C」を通して、経年続いていた顔のゆがみおよび味覚に関する訴えのある対象者に対して他職種の提案をプランに加え口腔機能訓練を実施した結果、顔のゆがみが軽減し、唾液の分泌を促し味覚に関する訴えも軽減した一例を経験した。以上のことから、歯科衛生士を中心とした多職種連携の中で歯科衛生士が実施する口腔機能訓練の可能性が示唆された。

【謝 辞】

稿を終えるにあたり、多大なるご助言をいただきました諸先生方に深謝いたします。

本論文に対して、開示すべき利益相反状態はない。

【引用文献】

- 1) 作業療法士協会介護予防・日常生活支援総合事業 短期集中予防サービス（サービス・活動 C）事例集 https://www.jaot.or.jp/files/%E3%80%87tankishyutyuyobousa-bisu_jireisyu_20250608_1.0ver.pdf（2026年1月28日アクセス）
- 2) 厚生労働省、介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和5年度実施分）に関する調査結果、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/r5sogojigyo_surveyresults.html（2026年1月28日アクセス）
- 3) 聖隷嚥下チーム：嚥下障害ポケットマニュアル、医歯薬出版、東京、第3版2016、103-104。
- 4) 菊谷武：お口弱っていませんか？患者さんのためのオーラルフレイルと口腔機能低下症の本付録小冊子、医歯薬出版、東京、第1版、2018。
- 5) 川西順子、元根正晴：健常成人における口腔筋機能療法のポッピング訓練による口腔機能改善に関する評価、日摂食嚥下リハ会誌 27（1）：25-33、2023。
- 6) 高知県「かみかみ百歳体操」
<https://www.city.kochi.kochi.jp/uploaded/attachment/116291.pdf>（2026年1月28日アクセス）
- 7) 大前由紀雄、小倉雅実、唐帆健浩、村瀬優子、北原哲、井上鐵三：舌前半部によるアンカー機能の嚥下機能におよぼす影響 耳鼻と臨床 44（3）：301-304、1998。
- 8) 東貴弘：「第120回日本耳鼻咽喉科学会総会シンポジウム」顔面神経麻痺後遺症に対するリハビリテーション、

- 日耳鼻, 123 : 430-434, 2020.
- 9) 仲野春樹, 萩森伸一: 顔面神経の特徴と顔面神経麻痺後遺症に対する リハビリテーション治療, 耳鼻咽喉科展望会, 67 : 2 : 110, 2024.
- 10) 聖隷嚥下チーム: 嚥下障害ポケットマニュアル, 医歯薬出版, 東京, 第3版, 2016, 115.
- 11) 阪井丘芳: 高齢者のドライマウス口腔乾燥症・口腔ケアの基礎知識, 医歯薬出版, 東京, 2017, 41-44.
- 12) Dawes C, Macpherson, LMD: Effects of nine different chewing-gums and lozenges on salivary flow rate and pH, *Caries Res*, 26 : 176-182, 1992.
- 13) Rosenhek M, Macpherson LMD, Dawes C: The effect of chewing-gum stick size and duration of chewing on salivary flow rate and sucrose and bicarbonate concentrations, *Archs Oral Biol*, 38 : 885-891, 1993.
- 14) Dong C, Puckett Jr AD, Dawes C: The effects of chewing frequency and duration of gum chewing on salivary flow rate and sucrose concentration, *Archs Oral Biol*, 40 : 585-588, 1995.
- 15) 坂口明子, 任智美, 岡秀樹, 前田英美, 根来篤, 梅本匡則, 阪上雅史: 味覚障害 1,059 例の原因と治療に関する検討. 日耳鼻会報 116 : 77-82, 2013.
- 16) Kinugasa Y, Nakayama N, Sugihara S, et al : Polypharmacy and taste disorders in heart failure patients. *Eur J Prev Cardiol* 27 : 110-111, 2020.
- 17) 佐藤しづ子, 笹野高嗣: ドライマウス治療 に味覚刺激を利用する. 日薬理誌 145 : 288-292, 2015.
- 18) 倉橋昌司: チューインガムを用いた咀嚼能力と唾液分泌能力の同時測定, 第44回歯科基礎医学会学術会・総会, 444, 2002.
- 19) 栢森良二: 顔面神経麻痺のリハビリテーション第2版, 医歯薬出版, 東京, 38-45, 2018.
- 20) 澤井尚樹, 鷗久森徹, 岡田昌浩, 暁清文: 末梢性顔面神経麻痺患者における味覚機能検査と臨床像の検討, 口咽科 21 (1) : 51, 2008.
- 21) 古川孝俊: 末梢神経顔面神経麻痺の診断と治療, 理学療法ジャーナル 56 (12) : 1456-1462, 2022.
- 22) 斎藤春雄: 顔面神経の運動成分と味覚・唾液分泌成分の受傷性差について, 耳鼻咽喉科臨床 65 (4) : 329-331, 1972.
- 23) 柳原尚明, 岸本正生: 電気味覚検査 (Electrogustometry) とその臨床的意義, 耳鼻臨床 61 : 430-435, 1968.
- 24) Blatt I. M.: Bell's Palsy I: Diagnosis and prognosis of idiopathic peripheral facial paralysis by submaxillary salivary flow-Chorda tympani nerve testing. *Laryngoscope* 75 : 1081-1091, 1965.
- 25) Magielski, J. E. & Blatt, I. M.: Submaxillary Salivary Flow: A test of chorda tympani nerve function as an aid in diagnosis and prognosis of facial nerve paralysis. *Laryngoscope* 68 : 1770-1789, 1958.

ヒューマンニーズ理論を用いた SPT 継続要因の考察

－長期間受診者の加齢における課題－

Examination of the Factors Contributing to the Continuation of SPT Using Human Needs Theory

- Age-Related Challenges in Long-Term Clinic Patients -

溝部潤子^{1,5)}

MIZOBE Junko

石川由美^{2,6)}

ISHIKAWA Yumi

佐藤陽子^{3,7)}

SATO Yoko

中道敦子^{4,8)}

NAKAMICHI Atsuko

¹⁾ 大阪府歯科衛生士会

²⁾ 千葉県歯科衛生士会

³⁾ 宮城県歯科衛生士会

⁴⁾ 福岡県歯科衛生士会

⁵⁾ 医療法人社団皓歯会

⁶⁾ 明海大学

⁷⁾ 仙台青葉学院短期大学

⁸⁾ 九州歯科大学

和文抄録

歯周治療の動的治療後に継続的なケアの必要な患者を対象に行われる SPT (Supportive periodontal therapy) では、患者の受診行動の定着が必須である。臨床において、受診行動が定着した患者から SPT を受ける理由として歯周病の病状安定を実感していることや歯科衛生士によせる信頼について耳にすることがある。それは、歯科衛生士による SPT の技術の成果とともに患者に応じた口腔を通じた健康管理を受けているという実感によるものと思われる。このことから、受診行動を定着させる要因を探ることで SPT の中断を防ぐことができるのではないかと考えた。特に SPT 受診時では、歯科衛生士が中心となって患者と関わるのが一般的であることから、歯科衛生士への信頼が重要な要因であると想定し、本研究では歯周病の病状安定と歯科衛生士への信頼の2点に着目した。病状安定については、長期継続患者の口腔状態を調査し、歯科衛生士への信頼については受診ごとの業務記録 (SOAP) をもとに「S」と「A」を比較して検討した。結果、歯周病の病状については安定を得ていた。次いで「S」と「A」の比較結果では、患者からの訴えがない場合には歯科衛生士は病状に焦点を当て、健康の維持・増進に視点を当てたアセスメントをしていた。また、SPT 開始時の患者の自律的傾向は弱い専門家の支援を受けることの必要性は認識していた。加えて SPT の長期化は患者の加齢に伴うため、フレイルや環境因子など高齢化に伴う歯科衛生のニーズ領域とニーズの欠落を示す根拠となる症状・兆候の項目への検討が必要であると思われる。

キーワード SOAP SPT 継続要因 受診行動 ヒューマンニーズ理論

【緒 言】

Supportive periodontal therapy¹⁾（以下 SPT）を効果的に行うためには、継続した受診行動が必須である。臨床において、受診行動が定着した患者から SPT を受ける理由として歯周病の病状安定を実感していることや歯科衛生士によせる信頼について耳にすることがある。それは、歯科衛生士による SPT の技術の成果とともに患者に応じた口腔を通した健康管理を受けているという実感によるものと思われる。このことから、受診行動を定着させる要因について探ることで SPT の中断を防ぐことができるのではないかと考えた。特に SPT 受診時では、歯科衛生士が中心となって患者と関わることが一般的であることから、歯科衛生士への信頼が重要な要因であると想定して調査することとした。調査目的は、SPT を長期間にわたり継続する患者の口腔状態を把握し、SOAP 形式記載の主観的情報「S」とアセスメント「A」の分析から受診行動の定着に及ぼす要因を探ることである。

【対象および方法】

調査対象は SPT を目的に歯科診療所に 10 年以上受診を継続しかつ中断歴のない者とし、調査期間は 2023 年 12 月第 1 ～ 2 週の SPT 受診日 6 日

間とした。調査方法は対象者の実施記録の履歴から SPT に移行開始時と調査期間中に得た歯周組織検査結果、歯科衛生士の記録（SOAP）を用いた。SOAP から「S」と「A」を収集し、それらについてヒューマンニーズ概念モデル（以下 HN 概念モデル）をもとに作成された情報収集・情報分類用のシート²⁾を用いて分類・分析した。収集したデータ処理をする上で、歯周基本治療終了直後の SPT 受診時を「SPT 開始時」、調査期間に来院した時を「現在」とした。また、オーラルフレイルやフレイルに関連した研究報告^{3,4)}や溝部らが行った SPT の長期継続者のフレイル調査結果⁵⁾においても、オーラルフレイルの兆候について 70 歳以下と以上のグループに差を確認していることから、本研究において対象者を 70 歳未満と 70 歳以上に分けて口腔状態を比較検討した。口腔状態の比較では、正規性をシャピロ＝ウィルク検定で確認し、その結果に基づいて正規性が確認された項目については対応のある *t* 検定を、非正規であった項目にはウィルコクソンの符号順位検定を用いた。なお、70 歳未満群の Plaque Control Record (PCR) においてのみ差分が正規分布に従うことが確認されたため、この項目には対応のある *t* 検定を適用し、他の全ての項目ではウィルコクソンの符号順位検定を適用した。また

表 1 情報収集・情報分類用のシート

領域 ポイント	歯科衛生のニーズ	ニーズの欠落を示す根拠となる 症状・徴候など	領域 ポイント	歯科衛生のニーズ	ニーズの欠落を示す根拠となる 症状・徴候など
[1] 身体	健康のリスクに 対する防御	<input type="checkbox"/> バイタルサイン異常逸脱	[5] 軟組織	頭頸部の皮膚、 粘膜の安定	<input type="checkbox"/> 歯周病
		<input type="checkbox"/> アレルギー			<input type="checkbox"/> PPD4mm 以上
		<input type="checkbox"/> 服薬			<input type="checkbox"/> 口腔乾燥
		<input type="checkbox"/> 前投与の必要性			<input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
[2] 不安	不安やストレス からの解放	<input type="checkbox"/> 感染症などリスク不安	[6] 疼痛	頭頸部の疼痛 からの解放	<input type="checkbox"/> 疼痛
		<input type="checkbox"/> 緊張を示す表情・行動			<input type="checkbox"/> 不快感
		<input type="checkbox"/> 費用などの不安・不信			<input type="checkbox"/> 過敏
		<input type="checkbox"/> 治療などへの恐怖			<input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
[3] 審美	顔や口腔に 関する全体的な イメージ	<input type="checkbox"/> 口臭への不満	[7] 知識	概念化と理解	<input type="checkbox"/> 自分に必要なセルフケアの知識 を説明できない
		<input type="checkbox"/> 歯・歯列への不満			<input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 補綴 / 矯正装置の装着			
		<input type="checkbox"/> 願望への不満	[8] 行動	口腔の健康に 関する責任	<input type="checkbox"/> 過去 2 年内歯科健診未受診
		<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 歯石沈着
[4] 硬組織	生物学的に安定 した歯、歯列	<input type="checkbox"/> 咀嚼障害			<input type="checkbox"/> プラーク付着
		<input type="checkbox"/> う蝕			<input type="checkbox"/> 自己観察していない
		<input type="checkbox"/> 破折			<input type="checkbox"/> 保護者管理不足（小児）
		<input type="checkbox"/> 摩耗・咬耗			<input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 不適合補綴装置			
		<input type="checkbox"/> その他 ()			

吉田らが SPT の継続要因について患者の自覚症状を自己評価の指標として来院している⁶⁾としていたことから、歯周ポケット測定時の出血 (Bleeding on Probing 以下 BOP) の有無を抽出して検討した。また SPT 継続者のグループ特性について、溝部、吉田らは知識・依存・関心・行動の因子があると報告^{7,8)}していることから、これらの特性を HN 概念モデルの領域ポイントの歯科衛生ニーズ [1] 健康のリスクに対する防御, [2] 不安やストレスからの解放, [3] 顔や口腔に対する全体的なイメージ, [4] 生物学的に安定した歯, 歯列, [5] 頭頸部の皮膚, 粘膜の安定,

[6] 頭頸部の疼痛からの解放, [7] 概念化と理解, [8] 口腔の健康に関する責任に該当させた。HN に該当できない「S」の「問題ないです」「順調です」「気になることはありません」などについては、病状安定に着眼するため、これらの発言を暫定的に [9] 訴えがないと設定した。(研究倫理：九州歯科大学 No23-51)

【結 果】

I. 対象者の属性

対象者は 54 名, 内訳は男性 25 名, 女性 29 名であった。調査期間に来院した「現在」の平均年

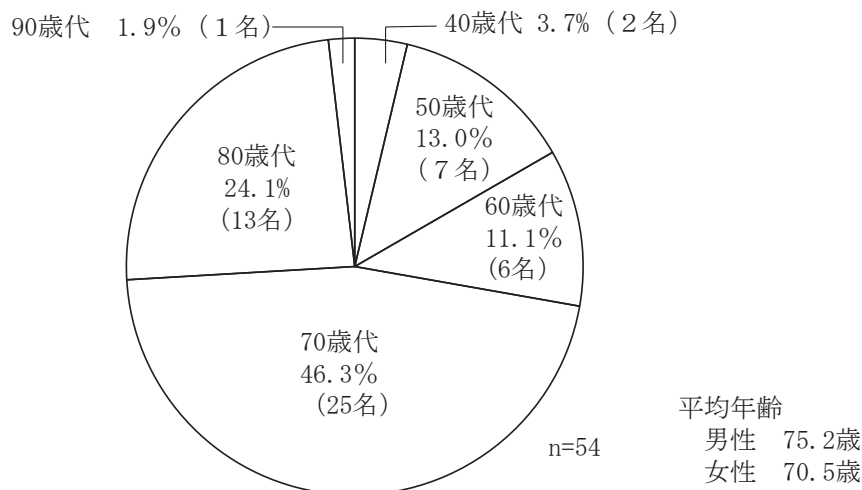


図1 調査期間に来院した対象者の年齢分布

表2 対象者の SPT 開始時と現在の年代別口腔状態の比較 (平均)

	70歳未満 (n=15)	70歳以上 (n=39)
平均年齢 (歳)	58.2 ± 7.5	78.2 ± 5.2
継続年数 (年)	16.2 ± 5.8	17.0 ± 3.9

項目	年齢	SPT開始時	現在	p値
歯数 (本)	70歳未満	27.9 ± 1.3	26.9 ± 1.7	p=0.054*
	70歳以上	26.1 ± 4.4	24.3 ± 5.8	p<0.001*
4mm以上歯数 (%)	70歳未満	23.8 ± 19.2	28.8 ± 20.1	p=0.489*
	70歳以上	34.0 ± 23.2	36.3 ± 22.2	p=0.248*
BOP歯数率 (%)	70歳未満	9.3 ± 15.8	1.0 ± 2.9	p<0.001*
	70歳以上	9.8 ± 13.1	3.9 ± 9.6	p<0.001*
動揺度Ⅱ以上歯数 (%)	70歳未満	3.9 ± 6.9	3.1 ± 5.3	p=0.725*
	70歳以上	8.4 ± 14.0	5.2 ± 14.5	p=0.016*
PCR (%)	70歳未満	28.9 ± 6.2	40.4 ± 17.5	p=0.015†
	70歳以上	34.2 ± 18.6	48.3 ± 22.0	p<0.001*

*: ウィルコクソンの符号順位検定
†: 対応のあるt検定 (70歳未満のPCRのみ)

齢は72.7歳で、男性は75.2歳、女性は70.5歳であった。年齢分布は、70歳代が一番多かった（図1）。またSPTの継続期間は、平均16.8±4.4年間であった。対象者一人当たりの担当歯科衛生士は3.3±0.8人で、担当開始時期の臨床経験は3～35年であった。

II. 口腔の状態について

対象者を70歳未満と70歳以上に分け、SPT開始時と現在の歯数と4mm以上の歯周ポケットを保有する歯数率、BOPのある歯数率、動揺度

II以上の歯数率、およびPCRを比較した。その結果、70歳未満ではBOP歯数率（ $p<0.05$ ）とPCR（ $p<0.05$ ）に有意差が認められた。70歳以上では歯数、BOP歯数率、動揺度II以上の歯率、およびPCRに有意差が認められた（表2）。また、SPTの開始時の年齢と継続年数は、70歳未満では42.0±6.6歳、16.2±5.8年、70歳以上では61.2±6.7歳、17.0±3.9年であった。

III. SPT継続の要因について

SPT開始時に自覚症状があった者の平均継続

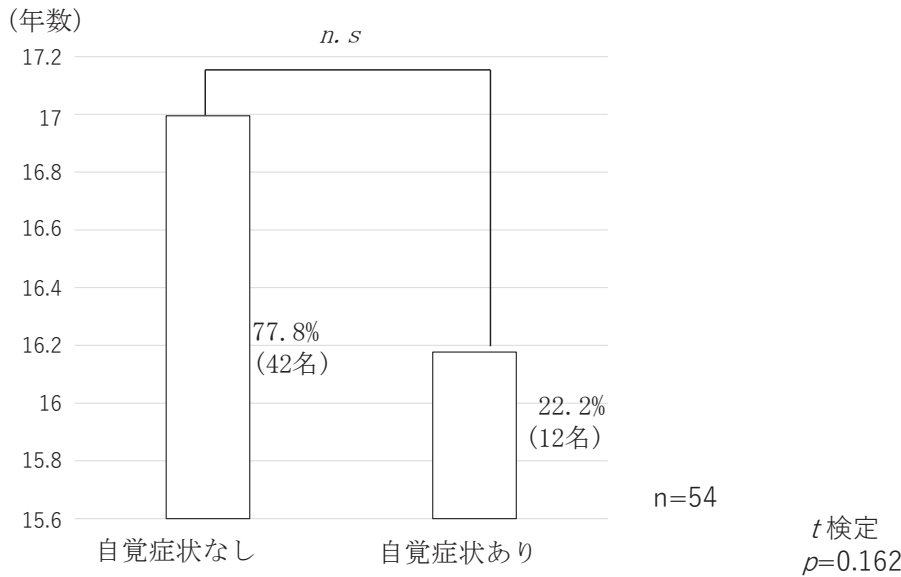


図2 SPT開始時の自覚症状の有無とSPTの継続年数

70歳未満	SPT開始時「S」	[9] 46.7% (7名)				[8] 6.7% (1名)	[7] 6.7% (1名)	[6] 33.2% (5名)				[5] 6.7% (1名)	
	SPT開始時「A」	[9] 13.3% (2名)	[8] 53.4% (8名)				[7] 20.0% (3名)				[5] 13.3% (2名)		
70歳以上	SPT開始時「S」	[9] 48.7% (19名)				[8] 15.4% (6名)		[7] 7.7% (3名)	[6] 10.3% (4名)	[5] 5.1% (2名)	[4] 5.1% (2名)	[3] 5.1% (2名)	[2] 2.6% (1名)
	SPT開始時「A」	[9] 12.8% (5名)	[8] 28.2% (11名)			[7] 38.4% (15名)				[5] 20.6% (8名)			

[9] 訴えがない

[5] 頭頸部の皮膚
粘膜の安定

[8] 口腔の健康に
関する責任

[4] 生物学的に安定
した歯・歯列

[7] 概念化と理解

[3] 顔や口腔に関する
全体的なイメージ

[6] 頭頸部の疼痛
からの解放

[2] 不安やストレス
からの解放

図3 SPT開始時の「S」と「A」 図4 現在の「S」と「A」

70 歳未満	現在「S」	[9] 53.3% (8名)		[8] 6.7% (1名)	[6] 13.3% (2名)	[5] 20.0% (3名)		[1] 6.7% (1名)
	現在「A」	[9] 46.7% (7名)		[8] 20.0% (3名)	[7] 6.7% (1名)	[5] 6.7% (1名)	[4] 13.3% (2名)	[1] 6.7% (1名)
70 歳以上	現在「S」	[9] 53.8% (21名)		[8] 10.3% (4名)	[6] 15.3% (6名)	[5] 2.6% (1名)	[4] 10.3% (4名)	[3][1] 2.6% 5.1% (1名) (2名)
	現在「A」	[9] 25.8% (10名)	[8] 20.6% (8名)	[7] 17.9% (7名)	[5] 15.3% (6名)	[4] 5.1% (2名)	[1] 15.3% (6名)	

[9] 訴えがない

[8] 口腔の健康に関する責任

[7] 概念化と理解

[6] 頭頸部の疼痛からの解放

[5] 頭頸部の皮膚粘膜の安定

[4] 生物学的に安定した歯・歯列

[3] 顔や口腔に関する全体的なイメージ

[1] 健康のリスクに対する防御

図4 現在の「S」と「A」

年数 16.2 ± 5.3 年、ない者は 16.9 ± 4.2 年で有意差は認められず、自覚症状の有無が継続要因と判断できなかった（図2）。次いで、SOAP 記録の「S」と「A」をHN概念モデルを用いた情報収集・情報分類用のシートに分類した結果、SPT開始時の「S」では、70歳未満で46.7%、70歳以上で48.7%が「問題ないです」「順調です」「気になるところはありません」など病状安定を述べたものであった（図3）。病状安定に着眼するため、これらの発言を暫定的に[9]訴えがないと設定した。その結果、70歳未満の「S」では[9]について[6]頭頸部の疼痛からの解放33.2%であった。70歳以上では[9]について[8]口腔の健康に関する責任15.4%であった。[9]以外で分類された領域は、70歳未満では[5]～[8]、70歳以上では[2]～[8]に該当していた。「A」では年代に差はなく[5][7][8][9]であった。70歳未満の[9]は13.3%で、[8]が53.4%と最も多く、70歳以上では[9]は13.3%で、[7]が38.4%と最も多かった。

現在の「S」では、70歳未満の領域は[1][5][6][8][9]に該当し、[9]53.3%、次いで[5]20.0%であった。70歳以上は[1][3][4][5][6][8][9]に該当し、[9]が53.8%、次いで

[6]が15.3%であった。「A」の領域は年代に差はなく、[1][4][5][7][8][9]に該当した。70歳未満では[9]が46.6%、70歳以上では25.8%で加齢に伴って[1]や[4]などのニーズが増加する傾向が見られた（図4）。SPT開始時と現在を比較すると、年代に関わらず「S」「A」ともにSPT開始時にはなかった[1]が新たに増加しており、これは加齢による問題の出現を示唆していた。さらにHNに該当しない内容として、家族の介護や自身の健康状態から通院回数を減らしたい、予約の日を忘れるなど、受診継続に影響を及ぼす加齢に伴う訴えの記載が見られた。

【考 察】

本研究では、SPTの継続要因に病状安定と歯科衛生士への信頼があると想定した。まず、対象者のSPTの継続の効果についてであるが、山羽⁹⁾らは本研究対象者と同じく10年以上3ヶ月毎にSPT継続した者に歯の保存に効果があったことを報告しており、高井¹⁰⁾らは、来院期間が延長あるいは中断すると歯周組織の安定性に影響を及ぼしているとしている。本研究の対象者の病状安定の評価は、歯周組織検査結果や歯数の比較から病状の安定を維持できており、かつ一度も中断す

ることなく継続していることから、病状安定はSPTの継続要因になりうると思われた。次に歯科衛生士への信頼は、歯周治療のターニングポイントのSPT開始時での「S」と「A」に視点を置き、その要因について検討を加えた。SPT開始時の年代にかかわらず、「S」では[9]が一番多く患者は病状を自覚していない状態であったが、「A」では年代に関わらず[9]が13.3%と低く、[7]と[8]を合わせると、70歳未満では約70%、70歳以上では約50%を超えていた。歯周治療の動的治療時の歯科衛生診断は、症状・兆候から「問題焦点型（実在型）」であり、SPT開始時では問題解決され、歯科衛生士が健康維持や増進を目標に「リスク型」に変更するが多い。よって歯科衛生士の視点は[7][8]に向き、患者自身の気づきや意思決定を支援しコミットメントを促したのではないかと考えられ、患者からの信頼を得ることにつながったのではないかと考えられた。またSPT開始時に[9]訴えがないといった患者の主観的情報を歯科衛生士が鵜呑みにせず客観的情報に基づいたアセスメントを行い、歯科衛生士の視点で対応したことが、歯科衛生士への信頼を生んだのではないかと考えられた。以前調査したSPT継続者の特性⁷⁾では、「知識」「関心」「依存」「行動」の4因子を持ち「依存」は、専門家に任せることの必要性を理解している状態であると報告した。4因子のうち「知識」「関心」をHNの[7]と「行動」を[8]とした場合、対象者の「S」では年代に関わらず、[7][8]がSPT開始期と現在において挙げられていた。SPT開始期の「A」では[9]は13.3%であり[5][7][8]に視点を当てていた。対象者全体のSPT開始期の「A」では年代に差なく[7][8]を合わせて半数を超えていることから、受診を定着させた理由として[7][8]とともに、歯科衛生士に任せるといった「依存」的態度があることが推測できた。現在の「S」「A」では、70歳未満の[9]は「S」53.3%、「A」46.6%と歯科衛生士の評価と患者の状態が近づいている。70歳以上の[9]では「S」が53.8%に対して「A」は25.8%と乖離が見られた。70歳以上の「A」をみると、開始期の「A」になかった[4][1]が増えていた。[1]は

健康のリスクに対する防御であり、チェックシートではその他に該当するものであった。具体的な内容としては、家族の介護や加齢による身体的負担から通院回数を減らしたい、予約の日を忘れるなどの受診の継続に対する訴えであった。これらは、患者自身や患者を取り巻く環境などの変化を歯科衛生過程のアセスメントとして考慮することは重要であると思われ、歯科衛生士の視点に焦点を当てたHNの領域や項目を増やす必要があると思われた。さらに、歯科衛生診断が問題焦点型（実在）からリスク型に変わるSPT開始時では、患者が専門家に委ねることの重要性を認識し提案を受け止め受診定着に繋がった可能性が高く、専門的ケアの理解、ケアへの自律的行動や自己決定支援に関連するアセスメント項目が必要と思われた。また、対象者の年代になるとSPTの継続中に起こる可能性として、入院加療や障害など特別な配慮を有する状態になった場合への対応など、それに適した領域、項目が必要になってくると考えられた。

【結 論】

SPTの継続要因に患者自身の歯周病の病状安定の実感と歯科衛生士への信頼があると想定した結果、PCR(%)が70歳未満でSPT開始時 28.9 ± 6.2 が 40.4 ± 17.5 ($p=0.015$)、70歳以上でも 34.2 ± 18.6 が 48.3 ± 22.0 ($p<0.001$)とSPT開始時と比べセルフケアが落ちていたにも関わらず、BOP歯数率(%)は前者で 9.3 ± 15.8 から 1.0 ± 2.9 ($p<0.001$)、後者で 9.8 ± 13.1 から 3.9 ± 9.6 ($p<0.001$)と減少しており、SPT長期継続患者の歯周病の症状安定を確認した。歯科衛生士への信頼についてヒューマンニーズ理論を用いて検討した結果、加齢に伴い「問題はない」という「S」が増加した一方で、歯科衛生士の「A」では「健康上のリスク」や患者の背景に視点を当てたアセスメントが認められた。このような口腔の問題に留まらない専門職としての全身面、心理面への関与が歯科衛生士が寄り添ってくれているという実感につながり、患者の信頼に結びついたと考えられた。

【引用文献】

- 1) 日本歯周病学会：特定非営利活動法人日本歯周病学会編「歯周治療の指針 2015, 医歯薬出版, 第 1 版, 2016, 東京, 74-75.
- 2) 吉田直美：最新歯科衛生士教本歯科予防処置論・歯科保健指導論, 第 2 版, 2020, 東京, 98-118.
- 3) 菊谷武, 古屋裕康：3. 食べることの障害としてのオーラルフレイル：日老医誌, 54 (3)：341-346, 2016.
- 4) 片山莊太郎, 瀬川和司, 安井良一, 若林大輔, 平野浩史, 山中史教, 上川克己, 山崎健次：歯周疾患検診受診者における口腔機能の現状：口腔衛生会誌, 74：203-211, 2024.
- 5) 溝部潤子, 星野由美, 中道敦子：歯周病安定期治療 (SPT) 受診者のオーラルフレイルの考察－スクリーニング法構築にむけて－：日衛学誌, 14 (1)：129, 2019.
- 6) 溝部潤子, 平山栄子, 菅原晶子, 永島三津子, 吉田恵美子, 高橋実千代：アンケートによる歯周治療のコンプライアンス調査について, 日衛学誌, 27 (2)：58-62, 1998.
- 7) 溝部潤子, 寺坂祐美, 田中香, 吉田恵美子, 永島三津子, 平山栄子, 菅原晶子：SPT 継続者のグループ特性について 2 - 1 年後の追跡調査から -, 日衛学誌, 29 (2)：17-21, 2000.
- 8) 吉田恵美子, 永島三津子, 田中香, 寺坂祐美, 澤中君枝, 藤本千夏, 溝部潤子：継続来院を促す因子としての SPT の有効性について, 日衛学誌, 31 (2)：49-53, 2002.
- 9) 山羽聡子, 北村正博, 宮里幸祐, 栗原暁子, 島美和子, 久保田実木子, 西村誠, 山本温, 吉岡恵利, 松本航, 伊山舜吉, 東山弥生, 松井美樹, 山口泰司, 尾崎亘弘, 児嶋由子, 大原廣之, 梶川哲宏, 小笹匡雄, 柏木陽一郎, 三木康史, 田内拓史, 竹山匡秀, 北垣次郎太, 山下元三, 柳田学, 野崎剛徳, 山田聡, 島袋善夫, 村上伸也：歯の保存に対する Supportive Periodontal Therapy の長期効果：日歯保存誌, 56 (1)：40-47, 2013.
- 10) 高井瑞穂, 斎藤由未, 伊藤正一, 武田萌, 勝又剛, 小林諒, 中川就太, 西野智子, 服部菜見子, 細野恒太, 山崎真依, 山崎陽祐, 鶴屋祐人, 山口亜利彩, 小方頼昌：COVID - 19 感染拡大下における SPT 患者の来院間隔の変化と歯周病臨床パラメーターへの影響：日歯周誌, 66 (4)：158-168, 2024.

調査報告

某大学病院における新人看護師の多職種連携口腔ケア研修受講前後の口腔ケアに関する意識調査

Assessment of New Graduate Nurses' Perceptions of Oral Care Before and After a Multidisciplinary Oral Care Training Program at a University Hospital

中村次代^{1,2)}

NAKAMURA Tsugiyo

疋田春奈^{1,2)}

HIKITA Haruna

川野真太郎⁴⁾

KAWANO Shintaro

奥菜央理³⁾

OKU Saori

菊村里香^{1,2)}

KIKUMURA Rika

岡留朝子^{1,2)}

OKADOME Asako

山添淳一³⁾

YAMAZOE Junichi

塚本葉子^{1,2)}

TSUKAMOTO Yoko

井上良介³⁾

INOUE Ryosuke

¹⁾ 福岡県歯科衛生士会²⁾ 九州大学病院医療技術部歯科衛生室³⁾ 九州大学病院高齢者歯科全身管理歯科⁴⁾ 九州大学病院顎口腔外科

キーワード 新人看護師 多職種連携 口腔ケア研修 意識

【緒言】

厚生労働省（2024年）によると、肺炎は日本における死因の第5位、誤嚥性肺炎は第6位を占めている^{1,2)}。75歳以上の高齢者における肺炎のうち、7割以上が誤嚥性肺炎であると報告されている¹⁻³⁾。また、気道感染の予防と摂食嚥下機能や構音機能の維持・向上に対する口腔ケア実施の有効性が報告されている⁴⁻⁶⁾。本研究では「口腔ケア」とは歯科医師・歯科衛生士が行う専門的な口腔保健管理に限定せず、病棟において看護師等の他職種が日常的に実施する「お口のお手入れ」「口腔清潔」「口腔清拭」などの基本的な口腔ケア行為を含む広義の概念として用いるものとする。急性期医療の現場においては、外科療法などの周術期や化学療法・放射線治療、あるいは集中治療室管理を要する患者に対し、呼吸器合併症、口腔機能の廃用を予防するため、日々の口腔ケアは不可欠である。病棟看護師が入院患者に対する口腔

ケアの重要性や必要性を理解し、適切な口腔ケアを実施することで合併症を予防し、在院日数短縮に貢献でき、患者の退院後の生活機能の維持向上にもつながる⁷⁾。特にセルフケアが困難な患者の口腔ケアは病棟看護師にゆだねられる場合がほとんどであるが、入職後に口腔ケアの知識や技術を習得する機会は少ない。また、これまでに口腔ケアの実態や多職種連携にて行う口腔ケアへの関心についての調査報告も少なく、より現場のニーズに応じた口腔ケア研修を企画、運営するためには調査を進める必要があると考えた。当院では、新人看護師を対象とした多職種連携口腔ケア研修を、入職後、毎年一回定期的実施している。そこで本研究は、新人看護師を対象に、多職種連携による口腔ケア研修の研修前後および実務経験1年後における多職種連携に関する意識や、口腔ケアに関する知識および自信について実態を明らかにすることを目的とし、得られた結果は今後の研修内容に反映させることとした。

受付日 2025年6月3日 受理 2026年1月30日

【対象および方法】

I. 対象

某大学病院において2022年4月に入職した新人看護師で2022年6月に医科歯科連携による口腔ケア研修を受講した121人のうち同意が得られた者を対象とした。

II. 調査方法

対象者へ事前配布した無記名自記式質問紙を2022年6月の口腔ケア研修受講前に回収した。口腔ケア研修は121人を4グループに分け、約30人ずつ実施した。摂食嚥下認定看護師より口腔ケアの意義や口腔機能、口腔ケアにおける多職種連携の役割についての講義を15分間実施した。続いて歯科衛生士により口腔ケアの必要物品の事前準備や口腔粘膜を含めた歯肉の状態、歯垢・舌苔・食物残渣の付着状態や唾液・義歯の適合、動揺歯の有無などの口腔内の観察ポイントの説明、さらに口腔粘膜や歯面・歯間部の清掃、保湿の実技に関する講義を10分間実施した。口腔

ケア実技演習は30分間とし、摂食嚥下認定看護師が口腔周辺器官シミュレーター MANABOT[®]（株式会社ニッシン、京都）を使用して実施した。はじめに体位調整を行った後、口腔内観察を行い、スポンジブラシの洗い方・絞り方、粘膜の清拭手順やスポンジブラシの力加減を含む口腔粘膜清拭の実技を行った。歯科衛生士は顎模型を使用し、歯ブラシ・タフトブラシ・歯間ブラシ・デンタルフロスを用いた歯面・歯間部の清掃方法ならびに保湿剤の選択や使用方法を含む一連の口腔ケアの実技を実施した。口腔ケア研修受講直後に自記式質問紙を再度配付し、回答を得た。質問紙の記載時間は10分間とし、研修を含めて合計70分間とした。口腔ケア研修受講者が、約1年間の実務経験が経過した時点で再度自記式質問紙を配布し、回答を得た。

III. 調査内容

質問項目（図1）のうち、「多職種連携の口腔ケアの活動に関して興味はありますか」「入院患

事後アンケート
九州大学病院多職種連携口腔ケア研修
当てはまるものを選んで下さい。

1. はじめに
あなたの所属診療科: _____

2. 多職種連携の口腔ケアの活動に関して興味はありますか？
○を付けて下さい。

とても興味がある	まあまあ興味がある	わからない	あまり興味がない	全く興味がない
1	2	3	4	5

3. 入院患者の口腔ケアにおいて多職種との連携は重要だと思いますか？

とても重要である	まあまあ重要である	どちらでもない	あまり重要でない	全く重要でない
1	2	3	4	5

4. 口腔ケアの一連の流れを説明できますか？

十分説明できる	だいたい説明できる	どちらでもない	あまり説明できない	全く説明できない
1	2	3	4	5

5. 口腔内の観察ポイントを説明できますか？

十分説明できる	だいたい説明できる	どちらでもない	あまり説明できない	全く説明できない
1	2	3	4	5

6. 下記の口腔ケア道具の使用について説明できるものはありますか？
できると思われる道具の番号を○で囲んで下さい。(複数回答可)

1. 歯ブラシ 2. 歯間ブラシ 3. スポンジブラシ 4. タフトブラシ 5. デンタルフロス 6. 保湿剤

7. 入院患者の口腔ケアにはどのような効果があると思いますか？効果があると思われるものの番号を○で囲んでください。(複数回答可)。

1. 口腔衛生向上、口臭予防 2. う蝕・歯周病の予防 3. 口腔・摂食嚥下機能の維持向上
4. 入院生活の満足度向上 5. 入院中の合併症予防 6. 食事摂取量向上、栄養状態改善
7. 入院期間短縮 8. 意識レベル向上
9. その他: _____

8. 現時点で、病棟で口腔ケアを実施する自信はありますか？○を付けて下さい。

自信がない	あまり自信がない	わからない	まあまあ自信がある	とても自信がある
1	2	3	4	5

9. 8の質問に 5. とても自信がある、4. まあまあ自信がある と回答された方に質問です。
どういったことに自信ができましたか？

10. 8の質問に 3. わからない、2. あまり自信がない、1. 自信がないと回答された方に質問です。
どういったところが自信がありませんか？

11. 現在のご自身の口腔ケアの知識、技術は、自己採点で何点ぐらいと評価しますか？
(0～100点で記載してください) _____ 点

12. 本講義、演習を受講しての満足度を教えてください
(0～100点で記載してください) _____ 点

13. 現時点で口腔ケア研修会に質問や期待することがあれば記載してください。

お疲れ様でした。アンケートにご協力ありがとうございました。

図1 質問紙

者の口腔ケアにおいて多職種との連携は重要だと思いますか」「口腔ケアの一連の流れを説明できますか」「口腔内の観察ポイントを説明できますか」「現時点で、病棟で口腔ケアを実施する自信はありますか」については1～5までの選択式とした。「現在のご自身の口腔ケアの知識、技術は自己採点で何点ぐらいと評価しますか」については記述式とした。研修後と1年間の実務経験後の質問紙にのみ「本講義・演習をととしての満足度（点）を教えてください」の質問を追加した。「口腔ケア道具の使用について説明できるものはありますか」「入院患者の口腔ケアにはどのような効

果があると思いますか。」については複数選択回答可とした。口腔ケアの一連の流れについては、口腔ケアの手順に沿ってできること、口腔内の観察ポイントとして菌・菌肉・口腔粘膜の状態、義歯や口腔乾燥および口腔機能の状態を確認できるかどうかに着目することとした。さらに、口腔ケアを行う自信や自己採点については、本人の現場での実感や経験に基づいて、主観的に判断し回答するよう依頼した。質問紙の作成においては、既報の口腔ケア教育・看護師の口腔ケア認識に関する文献を参考に項目案を作成し、歯科医師・歯科衛生士・看護師の合議で内容妥当性を確認した。

表1 質問紙の回答

	研修前 (n = 100)	研修後 (n = 121)	1年後 (n = 112)
多職種連携の口腔ケアの活動に関して興味はありますか？			
とても興味がある	23	44	16
まあまあ興味がある	55	72	77
わからない	15	2	12
あまり興味がない	7	3	7
全く興味がない	0	0	0
入院患者の口腔ケアにおいて多職種との連携は重要だと思いますか？			
とても重要である	71	106	79
まあまあ重要である	26	15	31
わからない	3	0	2
あまり重要でない	0	0	0
全く重要でない	0	0	0
口腔ケアの一連の流れを説明できますか？			
十分説明できる	0	22	7
だいたい説明できる	42	94	66
どちらでもない	17	4	27
あまり説明できない	39	1	12
全く説明できない	2	0	0
口腔内の観察ポイントを説明できますか？			
十分説明できる	0	24	6
だいたい説明できる	31	90	80
どちらでもない	27	5	21
あまり説明できない	40	2	5
全く説明できない	2	0	0
現時点で、病棟で口腔ケアを実施する自信はありますか？			
とても自信がある	0	1	3
まあまあ自信がある	7	85	45
わからない	22	26	29
あまり自信がない	56	8	32
自信がない	15	1	3
自己採点（点）	42.4 ± 20.9	67.3 ± 14.3	61.7 ± 14.8
講義、演習の満足度（点）	-	92.7 ± 9.0	83.0 ± 13.0

IV. 分析方法

選択式質問項目の研修前，研修後，研修約1年後の3群の単純集計を行った。質問紙は匿名での回答であり，各時点での同一対象者を追跡していない。

V. 倫理的配慮

本研究は九州大学医系地区部局観察研究倫理審査委員会承認を得て実施した（承認番号：23019-00）。調査対象者に対して本研究の目的，研究協力の任意性と協力辞退の事由，研究方法，個人情報の保護，調査結果の開示について文書にて説明した。質問紙は無記名自記式とし，回答は任意とした。回答の提出をもって同意を得たものとした。

【結 果】

質問紙の回収率は研修前 100 人（82.6%），研修後 121 人（100%），1 年後 112 人（92.6%）であった（表 1）。「多職種連携の口腔ケアの活動に関して興味はありますか」の質問に対し，とても

興味がある・まあまあ興味があるという肯定的回答は，研修前 78 人（78.0%），研修後 116 人（95.9%），1 年後 93 人（83.0%）であった。「入院患者の口腔ケアにおいて多職種との連携は重要だと思いますか」の質問に対し，とても重要である・まあまあ重要であるという肯定的回答は研修前 97 人（97.0%），研修後 121 人（100%），1 年後 110 人（98.2%）であった。「口腔ケアの一連の流れを説明できますか」の質問に対し，十分説明できる・だいたい説明できるという肯定的回答は，研修前 42 人（42.0%），研修後 116 人（95.9%），1 年後 73 人（65.2%）であった。「口腔内の観察ポイントを説明できますか」の質問に対し，十分説明できる・だいたい説明できるという肯定的回答は，研修前 31 人（31.0%），研修後 114 人（94.2%），1 年後 86 人（76.8%）であった（表 1）。「現時点で，病棟で口腔ケアを実施する自信はありますか」の質問に対し，とても自信がある・まあまあ自信があるという肯定的回答は研修前 7 人（7.0%），研修後 86 人（71.1%），1 年

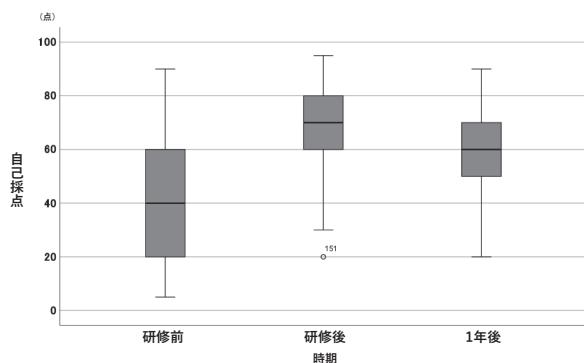


図2 口腔ケアの知識、技術の自己採点

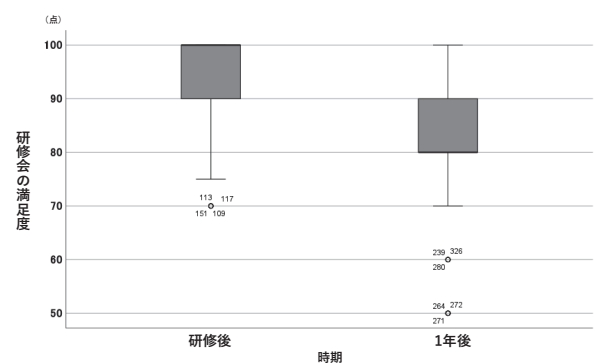


図3 口腔ケア研修 講義、演習の満足度

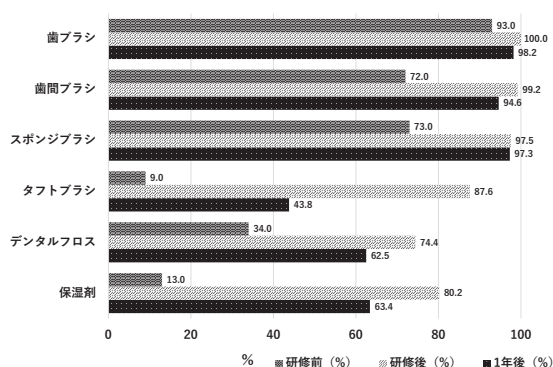


図4 説明できる口腔ケア道具

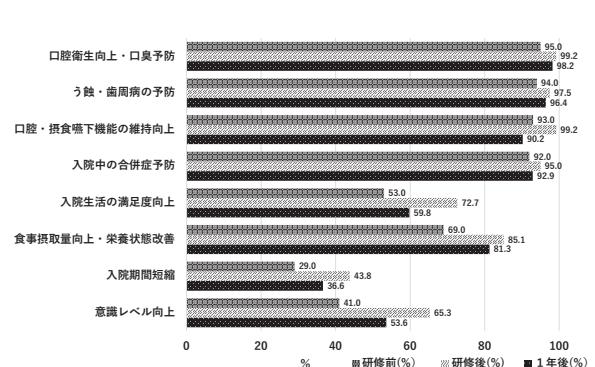


図5 口腔ケアの効果に対する認識

後 48 人 (42.9%) であった。「現在のご自身の口腔ケアの知識・技術は、自己採点で何点ぐらいと評価しますか (0 ~ 100 点で記載してください)」の質問に対し、研修前 42.4 ± 20.9 点、研修後 67.3 ± 14.3 点、1 年後 61.7 ± 14.8 点であった (図 2)。「本講義・演習を受講しての満足度を教えてください (0 ~ 100 点で記載してください)」の質問に対し、研修後 92.7 ± 9.0 点、1 年後 83.0 ± 13.0 点であった (図 3)。「口腔ケアの道具の使用について説明できるものはありますか。(複数回答可)」の質問に対し、「歯ブラシ」は研修前 93 人 (93.0%)、研修後 121 人 (100%)、1 年後 110 人 (98.2%) であった。「歯間ブラシ」は研修前 72 人 (72.0%)、研修後 120 人 (99.2%)、1 年後 106 人 (94.6%) であった。「スポンジブラシ」は研修前 73 人 (73.0%)、研修後 118 人 (97.5%)、1 年後 109 人 (97.3%) であった。「タフトブラシ」は研修前 9 人 (9.0%)、研修後 106 人 (87.6%)、1 年後 49 人 (43.8%) であった。「デンタルフロス」は研修前 34 人 (34.0%)、研修後 90 人 (74.4%)、1 年後 70 人 (62.5%) であった。「保湿剤」は研修前 13 人 (13.0%)、研修後 97 人 (80.2%)、1 年後 71 人 (63.4%) であった (図 4)。「入院患者の口腔ケアにはどのような効果があると思いますか。(複数回答可)」の質問に対し「口腔衛生向上・口臭予防」は研修前 95 人 (95.0%)、研修後 120 人 (99.2%)、1 年後 110 人 (98.2%)、「う蝕・歯周病の予防」は研修前 94 人 (94.0%)、研修後 118 人 (97.5%)、1 年後 108 人 (96.4%)、「口腔・摂食嚥下機能の維持向上」は研修前 93 人 (93.0%)、研修後 120 人 (99.2%)、1 年後 101 人 (90.2%)、「入院中の合併症予防」は研修前 92 人 (92.0%)、研修後 115 人 (95.0%)、1 年後 104 人 (92.9%) であり 90% 以上が選択した。「入院生活の満足度向上」は研修前 53 人 (53.0%)、研修後 88 人 (72.7%)、1 年後 67 人 (59.8%) であった。「食事摂取量向上・栄養状態改善」は研修前 69 人 (69.0%)、研修後 103 人 (85.1%)、1 年後 91 人 (81.3%) であった。「入院期間短縮」は研修前 29 人 (29.0%)、研修後 53 人 (43.8%)、1 年後 41 人 (36.6%) であった。「意識レベル向上」は研修前 41 人

(41.0%)、研修後 79 人 (65.3%)、1 年後 60 人 (53.6%) であった (図 5)。

【考 察】

本調査において「多職種連携の口腔ケアの活動に関して興味はありますか」という問いに対する肯定的回答は、研修前の 78.0% から研修直後には 95.9% となった。同じく多職種連携に関する質問である「入院患者の口腔ケアにおいて多職種との連携は重要と思いますか」に対しては、研修前の時点ですでに 97.0% が肯定的に回答していた。研修前から看護師としての基本的な認識として多職種連携の重要性は浸透していたことがうかがえる。研修後には、全員が多職種連携の重要性に対して肯定的に回答し、研修によってその意識がより強化された可能性がある。鈴木ら⁸⁾の報告によると、看護師は口腔に対する問題を最初に発見する立場にあるため歯科医療の必要性の有無を的確に判断し歯科専門職につなげる役割を担うと述べている。本研究でも新人看護師が研修を通じて医師、歯科医師、歯科衛生士をはじめとする多職種との連携の必要性や、看護師としての口腔ケアの重要性を認識しており、1 年後の「多職種連携の口腔ケアの活動に関して興味はありますか」「入院患者の口腔ケアにおいて多職種との連携は重要と思いますか」の質問に肯定的回答は 8 割以上と高い水準を維持しており、関心の向上と重要性の認識の強化につながったと考えられる。厚生労働省によると、新人看護職員の研修は医療機関全体で取り組むものであり、専門的な知識・技術を有する職員を新人看護職員研修に参画させ、医療機関内の多職種との連携を密にとるとともに、新人看護職員が多職種の業務を理解するための機会を設けることが必要である⁹⁾と述べている。「口腔ケアの一連の流れを説明できますか」という質問に対する肯定的回答は、研修前の 42.0% から研修直後には 95.9% になり、講義および演習を通して短期間で口腔ケアの基本的な流れについての理解が深まったと考えられた。しかし、1 年後には肯定的回答が 65.0% になり、研修直後に習得した知識や理解が時間の経過とともに一部忘却されている可能性が示唆された。口腔ケアへの関心や多職

種連携の意識を持続させるためには、初期研修だけでなく実務経験後、現場での継続的な口腔ケアに関する教育や多職種連携の実践の機会を確保することが重要であると考えます。「口腔内の観察ポイントを説明できますか」という質問に対する肯定的回答は、研修前には31.0%であったが、研修後には94.2%、1年後においても76.8%であった。これは、口腔ケアの一連の流れと同様に研修において、口腔粘膜や歯肉の状態、歯垢・舌苔・食物残渣の付着状態や唾液・義歯の適合や動揺歯の有無などの具体的な口腔内の観察ポイントが示され、粘膜清拭や歯面・歯間の清掃演習によって体系的に学ぶ機会があったことが一因になったと考えられる。また、1年後においても7割以上の看護師が肯定的回答を行っている点は、日常の看護業務の中で口腔内観察を行う機会が一定程度あったこと、もしくは発赤、乾燥、痛み、義歯の状態など観察ポイントが比較的理解しやすい知識であった可能性が示唆された。しかし、口腔内観察に関する知識が時間の経過とともに曖昧になっている部分があることも否定できない。平上ら¹⁰⁾の報告によると、口腔アセスメントシートOHAT (Oral Health Assessment Tool) は観察点が明確で評価しやすく、演習を繰り返すことで確実な口腔内アセスメント能力が身につくことに繋がり口腔ケア技術を向上させたと述べている。口腔内アセスメント能力の向上には、口腔内観察のポイントを明確化した分かりやすい指標を採用することが重要である。さらに、初期研修のみに期待するのではなく、継続的な学習支援や定期的なフォローアップが口腔ケアの知識の定着へ重要な要素となっていると推測される。具体的には、実務経験1年の時点での再研修や、定期的な病棟内でのケーススタディ、実地指導による定期的な振り返りの機会を設けることが、知識の定着と実践への応用力の維持に寄与するものと考えられる。「現時点で、病棟で口腔ケアを実施する自信はありますか」という質問に対し、肯定的回答は研修前7.0%、研修後には71.1%となり、研修の即時的な効果が顕著に現れた。これは、講義および演習を通して必要な知識と技術を習得し、実践的な場면을イメージできるようになったことが、

自信の向上につながったものと考えられる。一方、1年後には肯定的回答が42.9%になり、研修直後に比べて実施への自信が低下していた。秋永ら¹¹⁾は看護師の口腔ケアにおいて「知識」「重要性(認識)」「自信」の全てを兼ねそろえていないと、ケアの「質」の低下に大きく影響を及ぼす可能性があることを報告している。本研究でも、初期研修で得た知識・技術だけでは実践的な自信を持続させるには不十分であることが示唆され、実際の臨床場面でのフィードバックや先輩看護師からの継続的なサポート、定期的な振り返りや再研修の導入などの工夫が求められる。「口腔ケアに関する知識・技術の自己評価点」の自己評価においては、研修前42.4点から研修後67.3点となり、講義および演習を通じて、知識の習得や技術の理解が深まったことに加え、口腔ケアを実践することへの自信に繋がった可能性が考えられた。1年後には61.7点となったが、研修前と比較すると一定の学習効果が維持されたと考えられた。「本講義・演習に対する満足度」は、研修直後92.7点であり、研修内容が新人看護師にとって有意義であったことが示された。一方で、1年後には83.0点となり、実際の臨床経験を積む中で、研修で学んだ内容と現場でのギャップを感じたことや、研修から時間が経過することで、記憶の薄れや自信の低下も満足度の変化に影響していると考えられた。「口腔ケア道具の使用について説明できるものはありますか」の質問では、研修後に実習で使用した全ての口腔ケア道具が選択されており、研修により口腔ケア道具に関する知識が高まる傾向がみられた。山崎¹²⁾は看護教育において、看護学生が学内実習および学外実習でスポンジブラシと歯ブラシを使用した経験が、これらの口腔ケア道具の必要性や用途の理解につながったと述べている。本研究でも特に「歯ブラシ」「スポンジブラシ」「歯間ブラシ」など、臨床での使用頻度が高い基本的な口腔ケア道具については研修前から一定の認知があり、研修を通じてほぼ全員が説明できるようになった。さらにその認知度は1年後においても維持されていることから、これらの道具の使用方法について知識が定着している可能性が高い。一方で、「タフトブラシ」「デンタルフロ

ス」「保湿剤」などの専門性が高く使用頻度の低いと思われる道具に関しては、研修後に理解度が上昇したものの、1年後にはいずれも低下していた。横塚ら¹³⁾は、約9割の看護師が口腔ケアにスポンジブラシを使用していることが明らかになったが、歯間清掃用具の使用は2%未満で、ほとんど使用されていなかったと報告している。「タフトブラシ」においては、研修前は9.0%であったのに対し、研修後には87.6%まで理解が深まったものの、1年後には43.8%と半数近くになり、知識や技術の定着が不十分だった可能性が考えられた。実際の使用経験が少ない口腔ケア道具に関しては、定期的な復習や実技指導の機会を設けることが、知識の定着や実践力向上に寄与することが示唆される。また、「入院患者の口腔ケアにはどのような効果があると思いますか」の質問に対し、研修前から「口腔衛生向上・口臭予防」「う蝕・歯周病の予防」「口腔・摂食嚥下機能の維持向上」「入院中の合併症予防」などの直接的な効果については高い認識を持っていた。口腔ケアの直接的効果については、看護教育の早期から学ぶ内容であり、現場でも頻繁に耳にする機会があるとの報告^{14,15)}もあるように、今回の研修によって既存の知識が強化され、実践と理論が結びついた結果と考えられた。一方で、「入院生活の満足度向上」「食事摂取量向上・栄養状態改善」「入院期間短縮」「意識レベル向上」など、間接的・全身的な効果に関する項目については、研修前の認識が比較的低く、研修後には研修前より高値を示したが、1年後にはいずれの項目も低値となった。本研究では特に「入院期間短縮」は全体を通して認識が最も低く、間接的な効果に関しては臨床現場での実感が少ないため、知識としても定着しにくい可能性を示している。小山は¹⁶⁾誤嚥性肺炎患者に対するチーム医療や食事介助技術の工夫により、早期経口摂取の開始や在院日数の短縮、退院時の経口移行率向上がみられたこと、その背景要因として看護師による口腔ケアや姿勢調整が関与している可能性があることを報告している。したがって、口腔ケアの重要性をう蝕・歯周病予防や口腔衛生指導のような「直接的効果」と、合併症の予防による入院期間の短縮や口腔ケ

アに伴う感覚刺激による意識レベルの向上といった「間接的全身への波及効果」の両面から継続的に教育していくことが求められる。具体的な事例提示やチーム医療での情報共有などを通じて、口腔ケアの「間接的全身への波及効果」を実感できる場面を提供することが必要である。本研究は匿名の質問紙調査であったことから、研修前、研修後、実務経験1年後の3時点での変化を追跡することが統計学的に困難であった。また、口腔ケアに関する看護師の教育体制や実践環境によって口腔ケアの技術が異なるとの報告^{17,18)}から、各個人の研修時と1年後の所属診療科を特定し、1年間の実務経験や業務内容が口腔ケアの知識・意識に与える影響を分析することが必要であると考えられた。今後は、参加者自身が自ら設定する匿名IDの導入に加え、診療科情報の大分類化といった方法を取り入れるなど、縦断的なデータ収集と匿名性の両立を図りながら、実践環境や業務内容に基づいた研修効果^{16,17)}のより詳細な分析が必要であると考えられた。

【結 論】

本研究により、新人看護師を対象とした口腔ケア研修は、多職種連携への関心や理解、口腔ケア技術と知識の習得、実践への自信の向上に寄与する可能性が示唆された。特に研修直後においては、ほとんどの項目で肯定的回答が得られた。一方で、1年後には一部の項目において低下する傾向が見られ、知識・技術の維持や自信の継続に課題があることが明らかとなった。このことから継続的な教育支援やフォローアップの必要性が示唆された。今後は、定期的な研修機会の提供や、臨床現場での実践支援体制の構築を通じて、口腔ケアの質の向上と定着を図ることが重要である。

【謝 辞】

稿を終えるにあたり質問紙調査にご協力頂きました九州大学病院看護部の皆様に心から御礼申し上げます。

本研究に関して申告すべき利益相反はない。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省：令和6年（2024）人口動態統計月報年計

- (概数).
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/index.html> (2026 年 1 月 29 日 アクセス)
- 2) 厚生労働省：令和 6 年 (2024) 人口動態統計月報年計 (概数).
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/dl/kekka.pdf> (2026 年 1 月 29 日 アクセス)
- 3) 厚生労働省：平成 28 年 (2016) 資料 2-1 高齢化に伴い増加する疾患への対応について
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000135467.pdf> (2026 年 1 月 29 日 アクセス)
- 4) 米山武義：誤嚥性肺炎予防における口腔ケアの効果，日老医誌，8 (4)：476-477，2001.
- 5) 角 保徳：嚥下障害患者における口腔ケアの意義，日老医誌，50 (4)：465-468，2013.
- 6) 村松真澄，守屋慎吾：全国介護施設における口腔ケアに関する「看護管理的取り組みの実態調査」，日老医誌，29 (2)：66-76，2014.
- 7) 佐藤理恵，中村友香，石田敬子，中井美佐子，今田直樹，島田節子，藤井辰義，鯉川哲二，沖修一，荒木攻：脳卒中急性期における早期口腔ケア介入による誤嚥性肺炎の予防効果と QOL，日摂食嚥下リハ会誌，19 (2)：136-144，2015.
- 8) 鈴木敏夫，山中克己，青山裕子，渡邊久美：高齢者の口腔ケア知識と実践，日総研，名古屋，2000，8.
- 9) 厚生労働省：平成 26 年新人看護職員研修ガイドライン，【改訂版】
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/49472.pdf> (2026 年 1 月 29 日 アクセス)
- 10) 平上規江，橋本莉歩，若山芽衣：OHAT の活用による看護師の口腔ケア技術の向上，共済医報，71 (3)：253-257，2022.
- 11) 秋永和之，晴佐久悟，内田莊平：口腔ケアに必要な知識と看護師の知識の程度・重要度の認識・ケア技術の自信との関係性，バイオ・ファジィ・システム会誌，24 (2)：43-53，2023.
- 12) 山崎菜々子，池田亜紀子：看護学生における口腔ケアへの理解と学習・実習状況の実態調査口腔清掃用具の用途の理解，日口腔保健会誌，13 (1)：46-52，2023.
- 13) 横塚あゆ子，隅田好美，日山邦枝，福島正義：病棟看護師の口腔ケアに対する認識－病棟の特性および臨床経験年数別の比較－，日老医誌，27 (2)：87-96，2012.
- 14) 小川伸子，寺岡加代，岡田昭五郎，下山和弘，長尾正憲：看護学校における口腔ケア，歯・口腔領域に関する教育について，日老医誌，8 (1)：29-36，1993.
- 15) 渡邊久美，池田敏子，佐藤美恵，金尾直美：医療技術短期大学部卒業生の口腔ケアの学習状況と臨床における口腔ケア実施状況との関連，日看研会誌：89-97，2003.
- 16) 小山珠美：多職種で考える超高齢化社会における嚥下障害と誤嚥性肺炎予防－何から始めよう嚥下困難－要介護高齢者への QOL を意図した包括的食支援，日国医療会誌，78 (1)：35-38，2024.
- 17) 紙谷恵子，秋永和之，晴佐久悟，吉田理恵，内田莊平：看護師が実施する口腔ケアにおける観察の実態と要因の検討，バイオ・ファジィ・システム会誌，22 (2)：1-9，2020.
- 18) 秋永和之，紙谷恵子，吉田理恵，晴佐久悟，内田莊平：看護師の口腔ケアに関する知識・意識・自信の診療科別の比較，バイオ・ファジィ・システム会誌，22 (2)：75-83，2020.

2025 年度 日本歯科衛生士会 学術賞授賞者

学術表彰選考委員会の審査の結果、第 19 回学術大会発表者ならびに学会雑誌 Vol.19 No.1, No.2 掲載論文著者から学術賞授賞者が以下のとおり決定した。

学術発表賞（公益財団法人ライオン歯科衛生研究所賞）

表彰区分	氏 名	タ イ ト ル
口演 発表賞	松本明日香	障害福祉施設通所成人知的障害者を対象とした実行機能と関連する歯磨き行動質問紙の検証
ポスター 発表賞	室橋 波菜	地域在住高齢者における動脈硬化マーカーとしての脈圧と刺激時唾液量の関連
学生 研究賞	佐藤 由香	歯科衛生学生による看護学生への口腔ケアに関する健康教育の効果 ーフィードバックからの検討ー

学術論文賞（サンスター財団賞）

表彰区分	氏 名	タ イ ト ル
優秀賞	三好 早苗	広島県の歯科訪問診療における歯科衛生士の業務内容と経験年数の関係
奨励賞	矢野加奈子	頭頸部がんおよび食道がん患者の口腔から分離したカンジダの抗真菌薬感受性

2026 年度 歯科衛生臨床研究助成の公募について

本研究助成は、国民の歯科口腔保健の推進に寄与することを目的として、株式会社 YDM の協賛により行っています。

応募については、以下事項を確認のうえ、日本歯科衛生士会ウェブサイトから実施要領、応募書類をダウンロードし、2026 年 4 月 24 日（金）必着で日本歯科衛生士会事務局へ郵送で申込みを行ってください。

審査を行い、助成決定者には、5 月末日までに通知し、7 月末日までに助成金を支給いたします。

本研究助成を受けた方は、研究終了後、研究報告書、会計報告書の提出、日本歯科衛生学会学術大会での発表および日本歯科衛生学会雑誌への論文投稿を行っていただきます。

- 1 研究期間：2026 年 4 月 1 日～2027 年 3 月 31 日
- 2 2026 年度指定研究テーマ「口腔健康管理」
- 3 研究助成者：1 名
- 4 助成金支給額：30 万円
- 5 応募締切日：2026 年 4 月 24 日（金）必着
- 6 応募書類、実施要領等は、日本歯科衛生士会ウェブサイト <https://www.jdha.or.jp> からダウンロードしてください。
- 7 申込みおよび問い合わせ先
日本歯科衛生士会事務局 学会担当
〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-11-19
TEL：03-3209-8020 Email：gakkai@jdha.or.jp

日本歯科衛生学会 学術大会一覧

回数 (年度)	都道府県	開催日	会場	大会長
第1回 (平成18)	東京都	2006年11月23日(木)～24日(金)	東京国際フォーラム	富田 基子 (東京都歯科衛生士会)
第2回 (平成19)	福岡県	2007年11月23日(金)～24日(土)	都久志会館 福岡ガーデンパレス	高見 佳代子 (福岡県歯科衛生士会)
第3回 (平成20)	神奈川県	2008年9月5日(金)～7日(日)	鶴見大学	堀 正子 (神奈川県歯科衛生士会)
第4回 (平成21)	大阪府	2009年9月19日(土)～21日(月)	大阪歯科大学 楠葉学舎	永井 るみこ (大阪府歯科衛生士会)
第5回 (平成22)	千葉県	2010年9月18日(土)～20日(月)	OVTA 国際能力開発支援センター	岡部 明子 (千葉県歯科衛生士会)
第6回 (平成23)	新潟県	2011年9月23日(金)～25日(日)	朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター	三富 純子 (新潟県歯科衛生士会)
第7回 (平成24)	岩手県	2012年9月15日(土)～17日(月)	盛岡市民文化ホール(マリオス) いわて県民情報交流センター(アイーナ)	佐藤 美津子 (岩手県歯科衛生士会)
第8回 (平成25)	兵庫県	2013年9月14日(土)～16日(月祝)	神戸国際会議場 神戸商工会議所	上田 和美 (兵庫県歯科衛生士会)
第9回 (平成26)	埼玉県	2014年9月13日(土)～15日(月祝)	大宮ソニックシティ	丸山 恵子 (埼玉県歯科衛生士会)
第10回 (平成27)	北海道	2015年9月20日(日)～22日(火休)	札幌コンベンションセンター	武藤 智美 (北海道歯科衛生士会)
第11回 (平成28)	広島県	2016年9月17日(土)～19日(月祝)	広島国際会議場	浮田 瑞穂 (広島県歯科衛生士会)
第12回 (平成29)	東京都	2017年9月16日(土)～18日(月祝)	きゅりあん(品川区立総合区民会館)	富田 基子 (東京都歯科衛生士会)
第13回 (平成30)	福岡県	2018年9月15日(土)～17日(月祝)	福岡国際会議場	天本 和子 (福岡県歯科衛生士会)
第14回 (令和元)	愛知県	2019年9月14日(土)～16日(月祝)	ウインクあいち(愛知県産業労働センター)	長縄 弥生 (愛知県歯科衛生士会)
第15回 (令和2)	大阪府	日本歯科衛生学会雑誌 Vol.15 No. 1 による誌上開催		橋場 佳子 (大阪府歯科衛生士会)
第16回 (令和3)	岩手県	2021年9月18日(土)～30日(木)	Web 開催	晴山婦美子 (岩手県歯科衛生士会)
第17回 (令和4)	徳島県	2022年9月18日(日)～10月31日(月)	Web 開催	河野美枝子 (徳島県歯科衛生士会)
第18回 (令和5)	静岡県	2023年9月16日(土)～9月18日(月祝) オンデマンド配信:10月4日(水)～31日(火)	静岡県コンベンションアーツセンター グランシップ(ハイブリッド開催)	森野 智子 (静岡県歯科衛生士会)
第19回 (令和6)	新潟県	2024年9月21日(土)～9月23日(月祝) オンデマンド配信:10月15日～11月15日	朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター (ハイブリッド開催)	江川 広子 (新潟県歯科衛生士会)
第20回 (令和7)	東京都	2025年11月2日(日)～3日(月祝) オンデマンド配信:11月25日～12月25日	昭和医科大学上條記念館 (ハイブリッド開催)	藤山 美里 (東京都歯科衛生士会)

賛助会員一覧

2026 年 2 月 1 日現在

医歯薬出版株式会社
一世印刷株式会社
ウエルテック株式会社
長田電機工業株式会社
株式会社オール・デンタル・ジャパン
株式会社カンミ堂
株式会社クオキャリア
クロスフィールド株式会社
小林製薬株式会社
酒田米菓株式会社
有限会社佐々木広告社
サンスター株式会社
株式会社ジェイ・エム・エス
株式会社ジーシー
株式会社ジーシー昭和薬品
株式会社松風
タカラベルモント株式会社
株式会社デンタルダイヤモンド社
デンタル HR 総研株式会社
デンプロ株式会社
日本歯科薬品株式会社
株式会社日本生物製剤
日本ビテイリース株式会社ナノスイカンパニー
ヒューフレディ・ジャパン合同会社
株式会社ビーブランド・メディコーデンタル
株式会社フードケア
メディア株式会社
株式会社メドレー
株式会社モリタ
株式会社ヨシダ
ライオン歯科材株式会社
株式会社ロッテ
Haleon ジャパン株式会社
Kenvue Japan
NISSHA ゾンネボード製薬株式会社
株式会社 P&A
株式会社 YDM

(37 社, 50 音順)

2026 年度 開催学会一覧

学会名	月	開催場所
日本口腔科学会	4 月 16 日（木）～ 18 日（土）	朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター
日本小児歯科学会	5 月 21 日（木）～ 22 日（金）	沖縄コンベンションセンター
日本口腔ケア学会	5 月 16 日（土）～ 17 日（日）	長野県松本市 中央公民館（M ウイング）他
日本口腔衛生学会	5 月 22 日（金）～ 24 日（日）	沖縄コンベンションセンター
日本歯周病学会（春季）	5 月 22 日（金）～ 23 日（土）	アクトシティ浜松
日本歯科保存学会（春季）	6 月 4 日（木）～ 5 日（金）	鎌倉芸術館
日本老年歯科医学会	6 月 12 日（金）～ 14 日（日）	大阪国際会議場（グランキューブ大阪）
日本保健医療行動科学会	6 月 20 日（土）～ 21 日（日）	福井市地域交流プラザ
日本臨床歯周病学会	6 月 20 日（土）～ 21 日（日）	札幌コンベンションセンター
日本顎関節学会	7 月 10 日（金）～ 12 日（日）	JA 長野県ビル
日本歯科医療管理学会	7 月 10 日（金）～ 12 日（日）	神奈川県歯科医師会館
日本健康教育学会	7 月 18 日（土）～ 19 日（日）	順天堂大学本郷キャンパス
日本歯科医学教育学会	8 月 21 日（金）～ 22 日（土）	大阪歯科大学楠葉キャンパス
日本摂食嚥下リハビリテーション学会	9 月 11 日（金）～ 13 日（日）	神戸国際展示場，神戸ポートピアホテル
日本口腔インプラント学会	9 月 18 日（金）～ 20 日（日）	東京国際フォーラム
日本咀嚼学会	9 月 19 日（土）～ 20 日（月）	盛岡市民文化ホール
日本歯科衛生学会	9 月 20 日（日）～ 21 日（月祝）	RaiBoC Hall（さいたま市民会館おおみや）
日本矯正歯科学会	10 月 12 日（月）～ 16 日（金）	パシフィコ横浜
日本歯周病学会（秋季）	10 月 16 日（金）～ 17 日（土）	広島国際会議場
日本公衆衛生学会	10 月 29 日（木）～ 31 日（土）	京王プラザホテル他
日本歯科審美学会	10 月 31 日（土）～ 11 月 1 日（日）	国立オリンピック記念青少年総合センター
日本口腔外科学会	11 月 6 日（金）～ 8 日（日）	幕張メッセ
日本歯科保存学会（秋季）	11 月 19 日（木）～ 20 日（金）	キッセイ文化ホール
日本歯科衛生教育学会	11 月 21 日（土）～ 22 日（日）	目白大学短期大学部新宿キャンパス
日本スポーツ歯科医学会	12 月 5 日（土）～ 6 日（日）	盛岡市民文化ホール
日本障害者歯科学会	12 月 11 日（金）～ 13 日（日）	朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター

※ 2025 年 12 月時点での情報となっております。変更が生じることがありますので，各学会にてご確認ください。

日本歯科衛生学会雑誌投稿規程

日本歯科衛生学会雑誌（THE JOURNAL OF JAPAN SOCIETY FOR DENTAL HYGIENE）は、歯科衛生の向上と実践に関する研究論文を受け付ける。

この規程は、日本歯科衛生学会雑誌（以下「本誌」という）に掲載する総説（Review Article）、原著（Original Article）、報告（Report：臨床、症例、調査、活動）、資料（Information：歯科衛生に関する有用なデータ）、およびその他の投稿について規定する。

1 本学会雑誌の発行

本誌は、原則として年2回発行し、電子ジャーナルとしてJ-STAGE（国立研究開発法人 科学技術振興機構）に公開をする。

2 投稿資格

本誌に投稿する筆頭者および共同研究者は、日本歯科衛生学会会員に限る。なお、編集委員会から依頼された原稿については、この限りでない。

3 倫理規定

人を対象とする研究については、「ヘルシンキ宣言（1964年採択、2024年改訂）に沿ったものとし、別掲の「医学論文における患者プライバシー保護ならびに研究倫理に関する指針」を遵守して倫理的に行われており、対象者あるいは患者にインフォームドコンセントが得られていなければならない。人を対象とする研究論文の投稿に際しては、所属機関あるいは所属施設の倫理審査委員会の承認を得ることを必須とする。投稿者の周囲に適切な倫理審査委員会がない場合は、研究開始前に、本学会で倫理審査を受けることができる。また、投稿する論文の「対象および方法」において、承認された倫理審査委員会の名称および承認番号を記載する。なお、倫理審査委員会により非該当となった場合には、その旨を記載する。本学会の倫理審査申請の手引きを参照する。

動物実験は、所属施設の動物実験指針等に準拠し、動物実験委員会等で承認を得て、その旨を明記する。

4 利益相反（Conflict of Interest, 以下「COI」）

論文の種類にかかわらずCOIの有無について、論文末尾の「引用文献」の前に以下の記載例にならって記載し、開示する。なお、論文初回投稿時、「日本歯科衛生学会雑誌の投稿論文に関わる利益相反（COI）」自己申

告書」を添付する。

- 1) COI状態がない場合：「本論文に対して、開示すべき利益相反状態はない。」
- 2) COI状態がある場合：以下に例を示す。

例）・第一著者は、〇〇株式会社より報酬を受領している。

・本研究は、著者が所属する〇〇株式会社の研究費で実施された。

・本研究は、〇〇の資金提供を受け、〇〇との共同研究として実施した。なお、〇〇は、XX（使用試薬・機器等）の提供、△△（データ解釈、論文レビュー等）に参加した。

5 原稿内容と分類

- 1) 投稿する原稿は、本学会の目的に合った内容で、他の雑誌に投稿や発表をしていないものに限る。
- 2) 投稿の分類は、総説、原著、臨床報告、症例報告、調査報告、活動報告、資料等とする。総説や論説は、原則として編集委員会が依頼するものとする。
 - (1) 原著：研究の新規性および独創性の高い研究成果から得られた歯科衛生領域の論文で、研究目的、方法、結果が明確で、客観的な考察ならびに結論を含むもの。さらに当該領域における先行研究についての論及が十分であり、先行研究と比較してどのような結果が得られたのかという理論的な考察が含まれ信頼性の高いもの。
 - (2) 臨床報告、症例報告：歯科衛生領域の技法・手法の改良に有用で信頼性のあるもの。
 - (3) 調査報告：歯科衛生領域の研究や調査等に関する報告で信頼性のあるもの。
 - (4) 活動報告：歯科衛生領域の個人や団体による活動等の報告あるいは紹介。
 - (5) 資料：歯科衛生に関する有用なデータの報告あるいは紹介

6 原稿の投稿、採否および掲載順序

- 1) オンラインにて投稿する。ウェブ上に設置した「論文投稿システム」を使用し、原稿ファイル、「著作権委譲承諾書」および「日本歯科衛生学会雑誌の投稿論文に関わる利益相反（COI）自己申告書」をアップロードする。
- 2) 学会に到着した日を原稿受付日とする。

- 3) 学会より論文受理の連絡後、論文投稿システムを使用し、完成原稿をアップロードする。
- 4) 投稿原稿の受理は、複数の査読者の意見を参考にし、編集委員会で決定する。
- 5) 編集委員会は、著者に承認を求めたうえで、原稿の分類を変更することができる。また、原稿について、加筆・修正等を求めることがある。訂正を求められた原稿は、指定期間までに再提出する。
- 6) 投稿論文の掲載順序は、編集委員会が決定する。

7 著作権、複写権の行使

- 1) 本誌に掲載された論文の著作権（著作財産権）は、本学会に帰属する。本学会が必要と認めたときあるいは外部から引用の申請があったときは、編集委員会で審議し、掲載ならびに版權使用を認めることがある。
- 2) 著者は、当該著作物の複写権および公衆送信権を日本歯科衛生学会に委任するものとする。
- 3) 掲載された論文の著作権譲渡にあたり、著作権委譲承諾書に著者全員の署名を行い、投稿原稿とともに提出する。

8 掲載料

組版後5頁以内は無料とする。ただし、これを超えた場合は、著者負担とする。また、カラー掲載を希望する

も著者負担とする。

9 別刷（印刷物）

別刷は、50部単位とし、実費は著者負担とする。希望する場合は、「論文投稿票」に希望部数を記載する。

10 校正

著者校正は原則として初校のみとする。組版面積に影響を与える加筆・変更は認めない。

11 原稿の書き方

投稿原稿は、最新の「投稿の手引き」に従って執筆する。準拠しない原稿は編集委員会から加筆・訂正を依頼することがある。

附則

- 1 この規程は、平成21年5月1日から施行する。
- 2 この規程は、平成23年12月1日から施行する。
- 3 この規程は、平成25年12月1日から施行する。
- 4 この規程は、平成28年4月1日から施行する。
- 5 この規程は、平成29年12月8日から施行する。
- 6 この規程は、令和4年12月3日から施行する。
- 7 この規程は、令和7年5月16日から施行する。
- 8 この規程は、令和8年1月13日から施行する。

医学論文における患者プライバシー保護ならびに研究倫理に関する指針

医療の実施に際して患者のプライバシー保護は医療者に求められる重要な責務である。一方、医学研究において医学論文は医学・医療の進歩に貢献してきており、国民の健康、福祉の向上に重要な役割を果たしている。医学論文あるいは学会・研究会において発表される報告では、特定の患者の疾患や治療内容に関する情報が記載されることが多い。その際、プライバシー保護に配慮し、患者が特定されないよう留意しなければならない。日本歯科衛生学会雑誌に掲載される症例報告を含む医学論文については、以下の指針を遵守し、なお一層、学術発表における患者プライバシー保護に努めるものとする。また、人間を対象とする臨床研究においては、被検者の尊厳と人権に対する配慮が科学的・社会的利益よりも優先されることを前提とし、研究者等が円滑に臨床研究を実施するため、世界医師会によるヘルシンキ宣言ならびに我が国において定められた下記の指針ならびに法律上の規範を遵守するものとする。

1. 患者のプライバシー保護に関する指針

- 1) 患者個人の特定が可能となる氏名、カルテ番号、入院番号、イニシャルまたは「呼び名」等は記載しない。
- 2) 患者の住所は記載しない。ただし、疾患の発生場所が病態等に関与する場合は区域（神奈川県、横浜市など）までに限定して記載する。
- 3) 日付は、個人が特定できないと判断される場合でも年月までの記載にとどめる。
- 4) 他の情報と診療科名を照合することにより患者が特定され得る場合、診療科名は記載しない。
- 5) 既に他院などで診断・治療を受けている場合、その

施設名ならびに所在地を記載しない。ただし、救急医療などで搬送元の記載が不可欠の場合はこの限りではない。

- 6) 顔写真を提示する際には目隠しを付す。
- 7) 症例を特定できる生検、剖検、画像情報に含まれる番号などは削除する。
- 8) 以上の配慮をしても個人が特定される可能性のある場合は、発表に関する同意を患者本人（または遺族か代理人、小児では保護者）から得る。
- 9) 前項の手続きが困難な場合は、筆頭著者の所属する施設における倫理委員会もしくは本学会倫理審査委員会の承認を得ることが望ましい。

2. 研究に関する倫理指針

- 1) 臨床研究など医学系研究の個人情報の取り扱いならびに疫学研究に関しては「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」（文部科学省・厚生労働省・経済産業省）（令和3年3月23日（令和4年3月10日一部改正）（令和5年3月27日一部改正））による規定を遵守する。
- 2) 再生医療について、PRP、脂肪細胞、臍帯血細胞、幹細胞、iPS細胞などの使用（臨床・研究）は、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行令」（厚生労働省）（平成25年公布、平成28年8月8日政令第278号）による規定を遵守する。

（注1）上記の指針本文等は、管轄各省庁のHPを参照する。

（注2）PRP: Plate-Rich Plasma

日本歯科衛生学会雑誌の投稿論文に関わる利益相反（COI）自己申告書

投稿論文題目： _____

著者氏名（全員） _____

※著者全員について、投稿時から遡って、過去 1 年以内の論文内容に関係する企業・組織や団体との COI 状態を記載して下さい。配偶者、一親等の親族、収入・財産を共有する者が COI 状態に該当する場合は、「該当者氏名（発表者との関係）」のように記載して下さい。

申告すべき事項【申告の基準】	該当の有無 (○印を付す)	㊦の場合、①該当者氏名、②該当事項の概要、③金額、④企業・組織や団体名などを記載して下さい。
① 報酬額【1つの企業・組織や団体から年間 100 万円以上】	有 ・ 無	
② 株式などによる利益【1つの企業から年間 100 万円以上、あるいは当該株式の 5%以上保有】	有 ・ 無	
③ 特許権使用料【1つにつき年間 100 万円以上】	有 ・ 無	
④ 講演料【1つの企業・組織や団体から年間 50 万円以上】	有 ・ 無	
⑤ 原稿料【1つの企業・組織や団体から年間 50 万円以上】	有 ・ 無	
⑥ 研究費・助成金などの総額【1つの企業・組織や団体から著者が所属する講座あるいは研究室などに支払われた総額が年間 200 万円以上】	有 ・ 無	
⑦ 奨学（奨励）寄付金などの総額【1つの企業・組織や団体から著者が所属する講座あるいは研究室などに支払われた総額が年間 200 万円以上】	有 ・ 無	
⑧ 企業などが提供する寄付講座【企業などからの寄付講座に所属している場合に記載】	有 ・ 無	
⑨ 旅費、贈答品などの受領【1つの企業・組織や団体から年間 10 万円以上】	有 ・ 無	

（注）本 COI 自己申告書は投稿後から 3 年間保管されます。

申告日（西暦）： 年 月 日

著者所属 _____

著者氏名（自署） _____

※申告書は各自個々に作成してください。

日本歯科衛生学会雑誌「投稿の手引き」

1 投稿の方法

- 1) 投稿は、ウェブ上の日本歯科衛生学会論文投稿システムにオンラインで論文の投稿を行う。
- 2) 投稿は、原稿（本文および図表）、「著作権委譲承諾書」、「日本歯科衛生学会雑誌の投稿論文に関わる利益相反（COI）自己申告書」を論文投稿システム上へアップロードする。「日本歯科衛生学会雑誌の投稿論文に関わる利益相反（COI）自己申告書」は、初回の論文投稿時に著者全員分を添付する。学会より論文受理の連絡があった後は、完成した論文をシステム上へアップロードする。
- 3) 原稿ファイルは、本文は Microsoft Word 形式とする。図表は Word, Excel, PowerPoint, PDF, JPEG 形式とする。
- 4) 二次出版論文投稿については、日本歯科衛生学会ホームページ内の「二次出版論文投稿の手引き」に従い、学会事務局に連絡のうえ、編集委員会の承諾を得る。

2 投稿原稿の作成方法

〔原稿の様式〕

- 1) 原稿は、A4、1 頁 800 字（40 字×20 行）、12 ポイントで横書きとする。日本語は、口語体、新かなづかい、ひらがなとし、フォントは MS 明朝とする。英数字は、すべて半角で入力し、原則として Times New Roman を使用する。
- 2) 和文原稿の Abstract は投稿者が十分に吟味し、必要に応じて英文校正者によるネイティブチェックを受けてから投稿する。
- 3) 英文原稿は、必ず英文校正証明書を添付する（書式不問）。なお、英文原稿の校正者は、歯科医学の専門知識を有することが望ましい。
- 4) 原稿には必ず表紙から通し頁番号を付し、さらに各頁に行番号を付ける。
- 5) 組版後の原稿の長さは、原則 5 頁とする（和文の場合は 1 頁約 1800 字、英文の場合は 1 頁約 1000 語）。また、図表は、各 1 枚が本誌の片段に収まるものを標準サイズとした場合、6 枚で刷り上り 1 頁とする。

〔原稿の記述様式〕

- 1) 原稿の表紙には、中央上段より和文による表題、著者氏名（姓名間はスペースを空けない、著者氏名間

はコンマで区切る）、所属都道府県歯科衛生士会名、所属機関名（勤務先）、英文による表題（文頭のみ大文字使用）、著者氏名（姓・名の順で、姓はすべて大文字、名は頭文字のみ大文字で記載、コンマで区切る、コンマは和文の場合には「全角」、英文の場合には「半角＋半角スペース」とする、括弧（）は「全角」）、キーワード（索引用語：3～5 語）の順に 1 行ずつあけて記載する。

複数の著者で所属が異なる場合は、著者氏名の右肩に番号を振り、所属機関名については著者の下に記載する。なお、所属が複数かつ都道府県歯科衛生士会名が含まれる場合、所属都道府県歯科衛生士会名を先に記載する。

例) ○原○子^{1,3)}、○田○²⁾

¹⁾ 所属都道府県歯科衛生士会名 A

²⁾ 所属都道府県歯科衛生士会名 B

³⁾ 所属機関名 C

- 2) 原著論文は原則として、はじめに（または緒言）、対象および方法、結果、考察、結論、引用文献の順に記載する。症例報告では、はじめに（または緒言）、症例の概要、治療経過、考察、結論、引用文献の順に記載する。また、英文抄録（300 語以内）と、和文抄録（600 字以内）を記載する。原著論文以外の論文もこれに準ずるが、英文抄録および和文抄録は必ずしも必要としない。和文抄録、英文抄録は原則として、目的、対象および方法、結果、結論の順に記載する。また、大項目間は 1 行空ける。
- 3) 文中の項目を細分する場合は、I. II. . . , 1. 2. . . , 1) 2) . . . , (1) (2) . . . , a b . . . の順とする。
- 4) 微生物、動植物などの学名は、二名法によりイタリックとし、最初の文字だけ大文字で書く。たびたび使用する場合は、2 回目以後、属名を省略してもよい。
例) *Streptococcus mutans* ⇒ *S. mutans*
- 5) 本文中の歯式は漢数字を用いて、上顎右側第一大臼歯のように具体的に明記するか、Zsigmondy's system (例：6)、あるいは Two-Digit system (例：46) を用いて表記する。

- 6) 脚注記号の順番

(1) * は統計学的有意 (p 値) を示すときのみ使用し、

$p < 0.05$ の場合を「*」、 $p < 0.01$ の場合を「**」とする。

- (2) その他の脚注記号は「†, ‡, §, ||, ¶」の順番で用いる。これ以上続く場合は、順番に2つずつ記載する(例：††, ‡‡…)

7) 製品名および統計ソフトの記載方法

(1) 所在地について

- a. 海外企業の場合：国名まで含めた詳細な所在地(州・都市)を記載する。

例) IBM SPSS Statistics version 28.0 (IBM社, 米国ニューヨーク州アーモンク)

- b. 日本企業の場合：都市名(東京, 千葉)のみを記載する。

例) Dentobuff Strip® (株式会社オーラルケア, 東京)

(2) 使用言語について

日本語論文は日本語で記載する(例：Dentobuff Strip® (株式会社オーラルケア, 東京))。

英語論文は英語で記載する。なお、英語の場合、「都市名+州略称+国名」の順番で記載する

(例：IBM SPSS Statistics version 28.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA))。

8) 図表の記載方法

- (1) 原則として、データを図と表に重複して記載しない。また、図表の枚数は必要最低限にとどめる。

- (2) 図表の説明は、原則として本文と同一の言語とし、図1, 表1と記載する。本文で引用順に、図(写真を含む)は、図1, 図2・・, 表は、表1, 表2・・のように一連番号を付けて、本文の最後に記載する。図表は本文とは別にファイルで提出する。

- (3) 本文中の挿入箇所を本文中該当部分の右欄外に図1などと朱書きする。

- (4) 図(写真を含む), 表は、原則として、白黒プリントとする。

- (5) 図のタイトルは下に、表のタイトルは上に記載する。

9) 引用文献について

- (1) 本文中の文献引用箇所には、その右肩に一連番号を付した文献番号を記載する(例えば、「金澤らは…ということを指摘している¹⁵⁾」のように)。

- (2) 本文最終項目の「引用文献」欄に次のように番号順に記載する。また、同一箇所でも複数引用した場合

は、年代順に並べる。同時に多数の文献を引用する場合には、「・・多数の報告がある^{2,3,7)}」「・・の報告がある¹⁻¹⁰⁾」

- (3) 雑誌論文の場合は、著者名(全員とする)：表題, 掲載誌名, 掲載巻(号)：通巻頁の始 - 終, 西暦年, の順に記載する。雑誌略名は、当該雑誌で規定されている略名を採用する。

例) 1) ○原○子, ○田○：学童期における永久歯齲蝕罹患予測指標の検討, 日衛学誌, 2(2)：13 - 18, 2008.

2) Yoshida N, Aso T, Asaga T, Okawa Y, Sakamaki H, Masumoto T, Matsui K, Kinoshita A : Introduction and evaluation of computer-assisted education in an undergraduate dental hygiene course, Int J Dent Hygiene, 10 : 61-66, 2012.

- (4) 単行本の場合は、著者名：表題, 書名, 発行所, 発行地, 版, 西暦年, 引用頁の始 - 終の順に記載する。

例) 1) ○井○子：高齢者の口腔ケアとQOLの向上, 歯科衛生士のための高齢者歯科学, 永末書店, 京都, 第1版, 2005, 299-304.

- (5) インターネットウェブサイトから引用する場合、引用箇所には引用順に文献番号を掲載する。著者は、読者からの請求があったときには、引用したウェブサイトの該当頁を送付できるように、手元に保管する。但し、極力、原著論文からの引用に努める。

例) 文部科学省・厚生労働省省令：歯科衛生士学校養成所指定規則. 文部科学省・厚生労働省. 平成二七年三月三十一日改正.

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S25/S25F03502001001.html> (2016年11月1日アクセス)

- 10) 原稿の終わりに「著者への連絡先」として、筆頭著者名と責任著者名を記載すること。責任著者は、論文掲載後に論文の責任者として問い合わせを受ける著者である。それぞれの氏名, 所属, E-mail アドレスを記載する。筆頭著者と責任著者が同じ場合は、筆頭著者のみでよい。

日本歯科衛生学会 倫理審査委員会規程

(目的)

第1条 日本歯科衛生学会（以下「本学会」という。）は、公益社団法人日本歯科衛生士会（以下「本会」という。）定款第4条二号および第40条の規定に基づき、本学会会員（以下「学会員」という。）が行う「人」を対象とする歯科衛生研究が、「ヘルシンキ宣言」の趣旨に沿い、かつ文部科学省、厚生労働省等が示す倫理指針に準拠し、倫理的観点および科学的観点のもとに行われることを目的とする。

(委員会の設置)

第2条 前条の目的を達成するため、日本歯科衛生学会長（以下「学会長」という。）は、本学会に倫理審査委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(審査の対象)

第3条 この規程に基づく審査の対象となる研究は、学会員が所属する研究機関に倫理審査委員会がない場合で、学会員が主たる研究者である場合とする。

(委員会の構成)

第4条 委員会は学会長の下に置き、次の各号に掲げる委員をもって構成する。

- (1) 歯科衛生分野および歯科衛生士教育の専門家から若干名
 - (2) 歯科医学・医療の専門家から2名
 - (3) 法律学の専門家または人文・社会科学専門の有識者から1名
 - (4) 本学会顧問1名
 - (5) 一般の立場を代表する者から1名
 - (6) その他学会長が必要と認めた者
- 2 前項の委員は、本学会幹事会の議を経て本会理事会において選任し、学会長が委嘱する。
- 3 委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、委員に欠員が生じた場合は、前項の選任手続きに従ってこれを補充し、後任者の任期は前任者の残任期間とする。
- 4 委員は男女両性をもって構成する。
- 5 委員会に委員長および副委員長を置く。委員長は委員の互選により選出し、委員長は副委員長を指名する。委員長に事故ある時は副委員長がその職務を代理する。

(役割・責務)

第5条 委員会は、学会長から研究の実施の適否等について意見を求められた場合には、文部科学省、厚生労働省等が示す倫理指針に基づき、倫理的観点および科学的観点から、研究者等の利益相反に関する情報も含めて公平かつ中立的に審査を行い、文書により意見を述べなければならない。

(申請手順)

第6条 審査を申請しようとする者は、別に定める手引に従い、別紙による申請書等に必要事項を記載し、原本1部および別に定める部数を学会長に提出する。

2 学会長は、歯科衛生研究倫理審査申請書等（様式1-4）を受理したときは速やかに委員会に諮問する。

(議事)

第7条 委員会は、委員の3分の2以上の出席がなければ会議を開くことができない。

2 審議または採決の際には、法律学・人文科学の専門分野または一般の立場を代表する委員が1名以上出席しなければならない。

3 審査の対象となる歯科衛生研究に携わる者は、当該研究に関する審議または採決に参加してはならない。ただし、委員会の求めに応じて会議に出席し、説明することはできる。

4 学会長は、必要に応じ、会議に出席することができる。ただし、委員会の委員になること並びに審議および採決に参加することはできない。

5 審査の判定は、出席委員全員の合意によるものとし、次の表示により行う。

- (1) 非該当
- (2) 承認
- (3) 不承認

6 委員会は、審査結果報告書（様式5）を学会長に提出する。

7 審査経過および判定結果の記録は5年間保存する。

(迅速審査)

第8条 委員会は、以下の(1)から(3)のいずれかに該当する審査について、委員会が指名する2名以上の

委員による審査（以下、「迅速審査」という。）を行うことができる。迅速審査の結果は委員会の意見として取り扱うものとし、当該結果は全ての委員に報告しなければならない。

- (1) 研究計画の軽微な変更
- (2) 共同研究であって、主たる研究機関で倫理審査委員会の承認を受けているもの
- (3) 研究対象者に対して最小限の危険（日常生活や日常的な医学検査で被る身体的、心理的、社会的危害の可能性の限度を超えない危険であって、社会的に許容される種類のものをいう。）を超える危険を含まない研究計画

（決定）

第9条 学会長は、委員会から前条の審査結果報告書による答申を受けたときは、委員会の意見を尊重し、当該研究計画の実施を許可するか否かを決定し、審査結果通知書（様式6）により申請者に通知する。

（結果の報告等）

第10条 前条により審査が承認された者は、承認された研究が終了したときは、委員会を経て学会長あてに研究結果報告書（様式7）を提出しなければならない。

（守秘義務）

第11条 委員は、職務上で知り得た個人および研究計画等に関する情報等について、正当な理由なく漏らしてはならない。委員を退いた後も同様とする。

（情報公開）

第12条 学会長は、委員会の規程、手順書、委員名簿、会議の記録およびその概要を公表しなければならない。

（調査への協力）

第13条 学会長は、委員会が国が定める倫理指針に適合しているか否かについて、文部科学大臣、厚生労働大臣等が実施する実地または書面による調査に協力しなければならない。

（教育・研修）

第14条 学会長は、委員会委員に対して、国が定める倫理指針等に関する教育・研修を実施しなければならない。

- 2 学会長は、学会員の歯科衛生研究の倫理に関する講習その他必要な教育を受けるための措置を講じなければならない。

（調査）

第15条 委員会は、倫理審査が承認され、実施中または終了した歯科衛生研究について、その適正性および信頼性を確保するための調査を行うことができる。

（事務）

第16条 委員会の事務は、本学会事務局において処理する。

- 2 事務局職員は、審査等に係わる事務を行う上で知り得た個人および研究計画等に関する情報について、正当な理由なく漏らしてはならない。事務局職員を退いた後も同様とする。

（申請に係る経費）

第17条 審査を申請した者は、審査に必要な経費として別に定める審査料を納める。ただし、学会長が認める場合においてはこの限りではない。

（規程の改廃）

第18条 本規程の改廃は、委員の3分の2以上の合意を得、本学会幹事会の議を経て、本会理事会においてこれを定める。

（運営細則）

第19条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が委員会に諮り、本学会幹事会の承認を得て運営細則に定める。

附 則

- 1 本規程は、平成26年4月1日から施行する。
- 2 令和4年1月25日一部改正

日本歯科衛生学会 倫理審査委員会運営細則

(趣旨)

第1条 この運営細則は、日本歯科衛生学会倫理審査委員会規程に基づき、倫理審査委員会（以下「委員会」という。）の運営に必要な事項を定める。

(委員会の開催)

第2条 委員会は委員長が招集し、原則として年2回（9月、3月）開催する。
2 前項に関わらず、委員長は必要に応じて委員会を招集することができる。

(申請書等の事前確認に関する事項)

第3条 委員長は、歯科衛生研究倫理審査申請書等を事前に確認するため、委員会規程第4条第1項に規定する委員のうちから若干名の委員を指名することができる。

(不服申立に関する事項)

第4条 申請者は審査結果に対して、具体的な理由を付して不服申立を行うことができる。
2 不服申立は、結果の報告を受けてから14日以内でなければならない。

(経費に関する事項)

第5条 審査に必要な経費として申請者は申請1件につき1万円を本学会に納める。
2 当該審査の経費納入と、申請者の当該年度の本学会年会費の納入を確認の上、審査の結果を申請者に通知する。
3 自然災害等、原則として本人の責めによらない事由により研究期間が延長となった場合、学会長が認める場合は再審査に係る第1項の経費を免除することができる。

(審査有効期間に関する事項)

第6条 審査有効期間は承認を受けてから研究終了予定日までとする。ただし、終了予定日を超える場合は再度審査を必要とする。

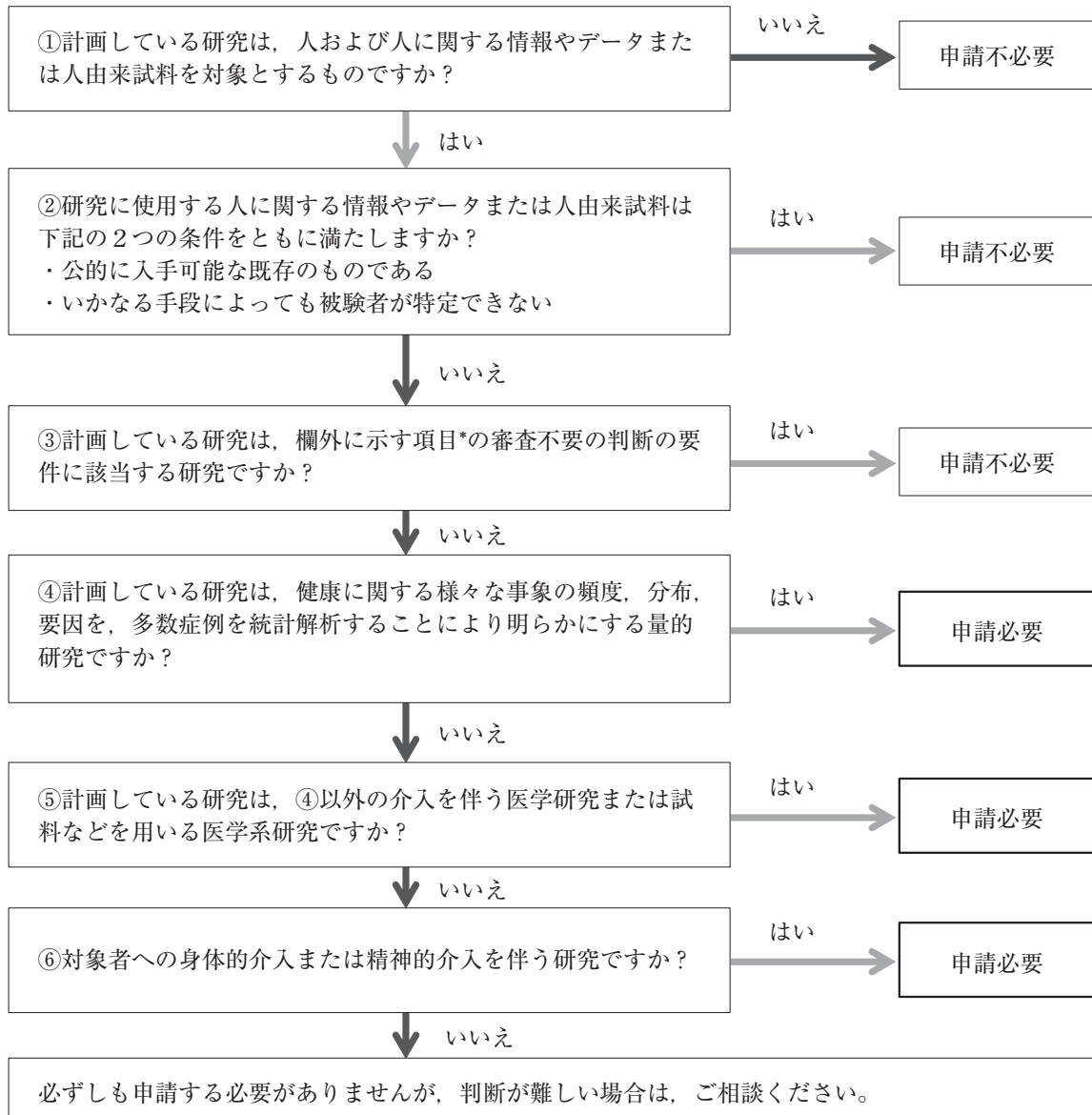
附 則

- 1 本運営細則は、平成26年4月1日から施行する。
- 2 平成28年12月1日一部改正
- 3 令和4年1月25日一部改正

倫理審査申請は、日本歯科衛生学会ウェブサイトから、倫理審査申請の手引き、申請様式等をダウンロードし、申請してください。

倫理審査委員会の審査を要する研究

現在、本学会で行われている研究のうち多くの研究は倫理審査が必要です。



*審査不要（研究責任者の責任で研究を行う）の判断の要件

- 1) 匿名化されている情報のみを用いる研究
- 2) 本格的な研究開始前の予備的研究であり、明確な仮説検証などを行わず、研究メンバーを対象にした実験や調査で、対象者のリスクや個人情報保護などに適切に配慮している場合
- 3) 細胞バンクや組織バンクなどから適切な手続きで入手し、匿名化された試料を用いた研究
- 4) 以下のすべての条件を満たしている研究
 - (1) 対象者保護に適切に配慮している
 - (2) 個人情報を取り扱わない
 - (3) データ収集を研究と直接関係のないほかの機関や会社などに依頼していない
 - (4) 研究結果あるいは対象者保護に影響を及ぼすと第三者が感じるかもしれない経済的利益がない
 - (5) 映像、音声のデータを収集していない
 - (6) 社会的弱者になりやすい特徴を有する集団を対象としていない
 - (7) 研究全体を通じて、介入が含まれない
 - (8) 質問紙調査、実験提示刺激などにおいて、すべての項目に社会的生活で経験したり、日常会話の内容に出てきたりする範囲を超えるものが含まれていない
 - (9) 虚偽の説明が含まれていない（ディセプションの手続き）

日本歯科衛生学会研究等の利益相反に関する指針

第1条 目的

日本歯科衛生学会（以下、本学会）は、会員の研究等の利益相反（Conflict of Interest/COI）状態を公正に管理するために「研究等の利益相反に関する指針」（以下、利益相反指針）を策定し、会員の研究等の公正・公平さを維持し、透明性、社会的信頼性を保持しつつ産学連携による研究等の適正な推進を図るものとする。

第2条 対象者

利益相反指針は、COI状態が生じる可能性のある以下の対象者に適用する。

- (1) 本学会会員
- (2) 本学会が実施する学術大会等の発表者
- (3) 本学会が発行する学会雑誌等の著者
- (4) 本学会が実施する研究・教育および調査に係る研究者
- (5) (1) ～ (4) の対象者の配偶者、一親等の親族、または収入・財産を共有する者

第3条 対象となる事業活動

利益相反指針の対象となる事業活動の例は、以下のとおりである。

- (1) 本学会学術大会等の開催
- (2) 本学会雑誌の発行
- (3) 本学会が実施する研究・教育および調査事業
- (4) その他、本学会会員の目的を達成するために必要な事業活動

第4条 申告すべき事項

対象者は、個人における以下の(1)～(10)の事項について、利益相反指針の定める基準を超える場合には、その正確な状況を、所定の様式により、本学会学会長（以下、学会長）に申告するものとする。申告された内容の具体的な開示、公開方法は利益相反指針の定めるところにより行うものとする。

- (1) 企業・法人組織、営利を目的とする団体の役員、顧問職、社員などへの就任
- (2) 企業の株の保有
- (3) 企業・法人組織、営利を目的とする団体からの特許権使用料
- (4) 企業・法人組織、営利を目的とする団体から、会議の出席（発表）において、研究者を拘束した時

間・労力に対して支払われた日当（講演料など）

- (5) 企業・法人組織、営利を目的とする団体がパンフレットなどの執筆に対して支払った原稿料
- (6) 企業・法人組織、営利を目的とする団体が提供する臨床研究費（治験、臨床試験費など）
- (7) 企業・法人組織、営利を目的とする団体が提供する研究費（受託研究、共同研究、寄付金など）
- (8) 企業・法人組織、営利を目的とする団体がスポンサーとなる寄付講座
- (9) 企業・法人組織、営利を目的とする団体に所属する人員・設備・施設が、研究遂行に提供された場合
- (10) その他、上記以外の旅費（学会参加など）や贈答品などの受領

第5条 COI自己申告の基準

前条で規定する基準は以下の通りとする。下記の基準の金額には消費税額を含まないものとする。

- (1) 企業・組織や団体の役員、顧問職、社員については、1つの企業・組織や団体からの報酬額が年間100万円以上とする。
- (2) 株式の保有については、1つの企業についての年間の株式による利益（配当、売却益の総和）が100万円以上の場合あるいは当該全株式の5%以上を所有する場合とする。
- (3) 企業・組織や団体からの特許権使用料については、1つの権利使用料が年間100万円以上とする。
- (4) 企業・組織や団体から、会議の出席（発表）において、研究者を拘束した時間・労力に対して支払われた日当（講演料など）については、1つの企業・団体からの総額が年間50万円以上とする。
- (5) 企業・組織や団体から支払われたパンフレットなどの執筆に対する原稿料については、1つの企業・組織や団体からの総額が年間50万円以上とする。
- (6) 企業・組織や団体が提供する研究費については、1つの企業・団体から歯科医学研究（受託研究費、共同研究費、臨床試験など）に対して支払われた総額が年間200万円以上とする。
- (7) 企業・組織や団体が提供する奨学（奨励）寄付金については、1つの企業・組織や団体から、申告者個人または申告者が所属する部局あるいは研究室の代表者に支払われた総額が年間200万円以上の場合とする。

- (8) 企業・組織や団体が提供する寄付講座に申告者らが所属している場合とする。
- (9) その他、研究とは直接無関係な旅行、贈答品などの提供については、1つの企業・組織や団体から受けた総額が年間10万円以上とする。

第6条 (COI自己申告書の取り扱い)

第1項

本学会の学術大会等での発表に係る抄録登録時、本学会雑誌への論文投稿時あるいは本学会が実施する研究・教育および調査事業の実施にあたり、研究倫理審査申請書と併せて提出されるCOI自己申告書は、受理日から3年間、学会長の監督下に本学会事務所で厳重に保管されなければならない。ただし、本学会雑誌の投稿規程等において、COI自己申告について別に定めのある場合は、その定めによる申告をもって、利益相反指針におけるCOI自己申告に代えることができる。

第2項

COI情報は、原則として非公開とする。COI情報は、本学会の活動、各種委員会の活動などに関して、本学会として社会的・道義的な説明責任を果たすために必要があるときは、幹事会の議を経て、必要な範囲で本学会の内外に開示若しくは公表することができる。但し、当該問題を取り扱うに適切な特定の理事に委嘱して、利益相反委員会（以下、COI委員会）の助言のもとにその決定をさせることを妨げない。この場合、開示もしくは公開されるCOI情報の当事者は、幹事会若しくは決定を委嘱された理事に対して意見を述べることができる。但し、開示もしくは公表について緊急性があって意見を聞く余裕がないときは、その限りではない。

第3項

本学会の非会員から特定の会員を指名しての開示請求（法的請求も含めて）があった場合、妥当と思われる理由があれば、学会長からの諮問を受けてCOI委員会が個人情報の保護のもとに適切に対応する。しかし、COI委員会で対応できないと判断された場合には、学会長が指名する会員若干名および外部委員1名以上により構成される利益相反調査委員会を設置して諮問する。利益相反調査委員会は開示請求書を受領してから30日以内に委員会を開催して可及的すみやかにその答申を行う。

第7条 (利益相反委員会 (COI委員会))

利益相反委員会（以下、COI委員会）は学会長の下に置き、COI委員会の組織、業務等に関わる事項は別に定める。COI委員は知り得たCOI情報についての守秘義務を負う。COI委員は幹事会と連携して、本指針に定めるところにより、会員のCOI状態が深刻な事態へと発展することを未然に防止するための管理と違反に対する対応を行う。委員にかかるCOI事項の報告ならびにCOI情報の取扱いについては、第6条の規定を準用する。

第8条 (違反者に対する措置)

提出されたCOI自己申告事項について、疑義もしくは社会的・道義的問題が発生した場合、本学会として社会的説明責任を果たすためにCOI委員会が十分な調査、ヒアリングなどを行ったうえで適切な措置を講ずる。深刻な利益相反状態があり、説明責任が果たせない場合には、学会長は幹事会で審議のうえ、当該発表予定者の学会発表や論文発表の差止めなどの措置を講じることができる。既に発表された後に疑義などの問題が発生した場合には、学会長は事実関係を調査し、違反があれば掲載論文の撤回などの措置を講じ、違反の内容が本学会の社会的信頼性を著しく損なう場合には、必要な措置を講じることができる。

第9条 (不服申し立て)

第1項：不服申し立て請求

第8条により、違反措置の決定通知を受けた者は、当該結果に不服があるときは、幹事会議決の結果の通知を受けた日から7日以内に、学会長宛ての不服申し立て審査請求書を本学会事務局に提出することにより、審査請求をすることができる。審査請求書には、学会長が文書で示した決定理由に対する具体的な反論・反対意見を簡潔に記載するものとする。その場合、学会長に開示した情報に加えて異議理由の根拠となる関連情報を文書で示すことができる。

第2項：不服申し立て審査手続

1. 不服申し立ての審査請求を受けた場合、学会長は速やかに不服申し立て審査委員会（以下、審査委員会という）を設置しなければならない。審査委員会は学会長が指名する本学会会員若干名および外部委員1名以上により構成され、委員長は委員の互選により選出する。COI委員は審査委員会委員を兼ねることはできない。審査委員会は審査請求書を受領してから30日以内に委員会を開催してその審査を行う。
2. 審査委員会は、当該不服申し立てにかかる

COI 委員会委員長ならびに不服申し立て者から意見を聴取することができる。

3. 審査委員会は、特別の事情がない限り、審査に関する第1回の委員会開催日から30日以内に不服申し立てに対する答申書をまとめ、幹事に提出する。
4. 幹事は不服申し立てに対する審査委員会の裁定をもとに最終処分を決定する。

第10条 (守秘義務違反者に対する措置)

COI 情報を管理する上で、個人の COI 情報を知り得た本学会事務局職員は、関係役職者と同様に第6条第2項に

定める守秘義務を負う。正規の手続きを踏まず、COI 情報を意図的に部外者に漏洩した関係者や事務局職員に対して、幹事は罰則を科すことができる。

第11条 (指針の改正)

本指針は、社会的要因や産学連携に関する法令の改正、ならびに医療および臨床研究に関わる諸条件の変化等に適合させる必要がある場合、COI 委員会の答申に基づき、幹事の議を経て改正することができる。

附 則

1. 本指針は、令和4年12月3日より実施とする。

日本歯科衛生学会 COI 自己申告書

申告者氏名 : _____

申告理由 : _____

項 目	該当の状況	有であれば、企業・団体名などの記載
① 報酬額 1つの企業・団体から年間100万円以上	有 ・ 無	
② 株式の利益 1つの企業から年間100万円以上、あるいは当該株式の5%以上保有	有 ・ 無	
③ 特許使用料 1つにつき年間100万円以上	有 ・ 無	
④ 講演料 1つの企業・団体からの年間合計50万以上	有 ・ 無	
⑤ 原稿料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上	有 ・ 無	
⑥ 研究費・助成金などの総額 1つの企業・団体から申告者個人もしくは申告者が所属する講座あるいは研究室などに支払われた総額が年間200万円以上	有 ・ 無	
⑦ 奨学（奨励）寄付などの総額 1つの企業・団体から申告者個人もしくは申告者が所属する講座あるいは研究室などに支払われた総額が年間200万円以上	有 ・ 無	
⑧ 企業などが提供する寄付講座 （企業などからの寄付講座に所属している場合に記載）	有 ・ 無	
⑨ 旅費、贈答品などの受領 1つの企業・団体から年間10万円以上	有 ・ 無	

1. 提出時から遡って1年間以内のCOI状況を申告してください。

2. 本COI自己申告書は受理後3年間保管されます。

申告日（西暦）： 年 月 日

（署名） _____

日本歯科衛生学会 COI 自己申告書
(配偶者、一親等内の親族、または収入・財産を共有する者)

申告者氏名 : _____

申告理由 : _____

項 目	該当の状況	有であれば、企業・団体名などの記載
① 報酬額 1つの企業・団体から年間100万円以上	有 ・ 無	
② 株式の利益 1つの企業から年間100万円以上、あるいは当該株式の5%以上保有	有 ・ 無	
③ 特許使用料 1つにつき年間100万円以上	有 ・ 無	
④ 講演料 1つの企業・団体からの年間合計50万以上	有 ・ 無	
⑤ 原稿料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上	有 ・ 無	
⑥ 研究費・助成金などの総額 1つの企業・団体から申告者個人もしくは申告者が所属する講座あるいは研究室などに支払われた総額が年間200万円以上	有 ・ 無	
⑦ 奨学（奨励）寄付などの総額 1つの企業・団体から申告者個人もしくは申告者が所属する講座あるいは研究室などに支払われた総額が年間200万円以上	有 ・ 無	
⑧ 企業などが提供する寄付講座 (企業などからの寄付講座に所属している場合に記載)	有 ・ 無	
⑨ 旅費、贈答品などの受領 1つの企業・団体から年間10万円以上	有 ・ 無	

1. 提出時から遡って1年間以内のCOI状況を申告してください。

2. 本COI自己申告書は受理後3年間保管されます。

申告日（西暦） 年 月 日

（署名） _____

日本歯科衛生学会利益相反委員会規程

(目的)

第1条 本委員会は産学連携活動により生じる利益相反問題に適切に対処することにより、本学会会員（以下、会員）および本学会の名誉および社会的信用を保持することを目的とする。

(設置)

第2条 日本歯科衛生学会（以下、本学会）は、日本歯科衛生学会研究等の利益相反に関する指針第7条の規定に基づき、利益相反委員会（以下、本委員会）を置く。

(所掌事項)

第3条 本委員会は、次の事項を所掌する。

- (1) 利益相反に関する調査、審議、審査マネジメント、改善措置の提案、勧告に関する事項
- (2) その他、利益相反に係る必要事項

(組織)

第4条 本委員会は、学会長の下に置き、次の各号に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 本学会学会長（以下、学会長）が指名する会員若干名。
- (2) 本学会顧問1名

2 委員は、本学会幹事会の議を経て日本歯科衛生士会（以下、本会）理事会において選任し、学会長が委嘱する。

3 委員長は委員の互選により選出する。

4 委員の任期は2年とし、再任を妨げない。委員に欠員が生じた場合は、これを補充するものとし、その任期は、前任者の残任期間とする。

(会議)

第5条 本委員会は、必要の都度、委員長が招集する。

2 本委員会は、委員の3分の2以上の出席をもって成立する。

3 本委員会が必要と認めたときは、委員以外の者の出席を求め、意見を聴くことができる。

(改廃)

第6条 本規程の改廃は、委員の3分の2以上の合意を得、本学会幹事会の議を経て、本会理事会の承認を得なければならない。

附 則

本規程は、令和4年12月3日から施行する。

公益社団法人日本歯科衛生士会 日本歯科衛生学会規則

第1章 総 則

(趣旨)

第1条 この規則は、公益社団法人日本歯科衛生士会（以下「日本歯科衛生士会」という。）定款第40条の規定に基づき、日本歯科衛生学会（以下「本学会」という。）の運営に関し必要な事項を定める。

(名称)

第2条 本学会は、日本歯科衛生学会（The Japan Society for Dental Hygiene）という。

(目的)

第3条 本学会は、歯科衛生の向上と実践に根ざした学術研究の振興に努め、もって人々の健康と福祉に貢献することを目的とする。

(事業)

第4条 本学会は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

- 一 学術大会の開催
- 二 学会雑誌の発行
- 三 歯科衛生の向上と実践に関する調査及び研究
- 四 専門分科会の推進
- 五 その他本学会の目的達成に必要な事業

(事務所)

第5条 本学会は、事務所を日本歯科衛生士会内（東京都新宿区大久保二丁目11番19号）に置く。

第2章 学会会員

(学会会員)

第6条 学会会員（以下「学会員」という。）は、次のとおりとする。

- 一 第一会員 日本歯科衛生士会正会員
- 二 第二会員 第一会員以外で、本学会に直接入会した個人会員
- 三 賛助会員 日本歯科衛生士会の賛助会員であり、本学会の目的に賛同する企業・団体
- 四 学生会員 日本歯科衛生士会学生会員

(入会手続き及び学会会費)

第7条 前条各号における学会員の入会手続き及び学会会費等は、日本歯科衛生士会「会員規程」、「会費規程」

及び「日本歯科衛生学会運営細則」に定める。

第3章 役 員 等

(役員)

第8条 本学会に次の役員を置く。

学会長 1名

学会理事 1～2名

2 学会長は、日本歯科衛生士会会長又は第一会員の中から学会幹事会が推薦し、日本歯科衛生士会理事会（以下「理事会」という。）において選任された者をもってあて、本学会を統括する。

3 学会理事は、日本歯科衛生士会理事をもってあて、学会事業を執行する。

(学会委員)

第9条 本学会に学会委員若干名を置く。

2 学会委員は、第一会員及び学会長が指名する有識者をもって構成する。

3 前項の規定にかかわらず、倫理審査委員会委員は、倫理審査委員会規程第4条に基づき構成する。

4 学会委員は、学会幹事会の議を経て、理事会において決定し、学会長が委嘱する。

(学会幹事)

第10条 学会長は、学会委員の中から学会幹事長1名、学会副幹事長2名及び学会幹事4名程度を指名する。

2 学会幹事は、学会委員の業務別に委員会を構成し、委員長として委員会の業務を統括する。委員長は、学会委員の中から必要に応じて副委員長を指名することができる。

3 学会幹事長は、学会長を補佐し、副幹事長は学会長・幹事長を補佐し、本学会の業務を分担執行する。

(学術大会長)

第11条 学術大会に学術大会長（以下「大会長」という。）を置く。

2 大会長は、開催担当都道府県歯科衛生士会（以下「開催担当県会」という。）会長または開催担当県会長が第一会員の中から推薦する者とし、学会運営協議会の議を経て、理事会において決定する。

3 大会長は、学術大会準備委員会を組織し、学術大会開催に伴う業務を執行する。

4 大会長の任期は、当該学術大会の任務が終了するまでとする。

(学会顧問)

- 第12条 本学会に学会顧問を若干名置くことができる。
- 2 学会顧問は、学会幹事会の推薦を得て、理事会において決定し、学会長が委嘱する。
- 3 学会顧問は、学会長の諮問に応え、会議に出席して意見を述べることができる。
- 4 学会顧問の任期は、その委嘱した学会長の在任期間とする。

第4章 会 議

(学会運営協議会)

- 第13条 本学会の円滑な運営を図るため、学会運営協議会を年1回以上開催し、次の事項を協議する。
- 一 学術大会開催担当県会及び大会長の選出に関する事項
- 二 その他学会運営に必要な事項
- 2 学会運営協議会の構成は、次のとおりとし、学会長が招集する。
- 学会長
学会理事
学会幹事長、副幹事長及び学会幹事
大会長
次期大会長
その他学会長が必要と認めた者
- 3 学会運営協議会の議長は、学会長がこれにあたる。

(学会幹事会)

- 第14条 学会幹事会は、学会長および学会幹事により構成し、学会事業の企画運営及び業務の実施に関する事項を審議する。ただし、必要に応じて大会長又は次期大会長が出席することができる。
- 2 学会幹事会は、学会長が招集する。
- 3 学会理事は、学会幹事会に出席し、審議事項について意見を述べ、理事会との連携・調整を図るものとする。

(学術プログラム委員会)

- 第15条 学術大会の企画主旨及び学術大会プログラム編成等について協議するため、年1回、学術プログラム委員会を開催する。
- 2 学術プログラム委員会の構成は次のとおりとし、学会長が招集する。
- 学会長
学会幹事長、副幹事長及び幹事
学術大会大会長及び準備委員長
日本歯科衛生士会会長及び学会担当理事
その他学会長が必要と認めた者

(学術表彰選考委員会)

- 第16条 日本歯科衛生士会表彰規程第7条第四号の規定に基づく学術賞の表彰授賞者を選考するため、学術表彰選考委員会を開催する。
- 2 学術表彰選考委員会の構成は次のとおりとし、学会長が招集する。
- 学会長
学会顧問
学会幹事長、副幹事長及び幹事
日本歯科衛生士会会長、専務理事及び学会担当理事
- 3 学術表彰選考委員会の運営に関し必要な事項は、学術表彰選考要領に定める。

(学会委員会)

- 第17条 学会委員会は、学会委員により構成し、業務別に次の委員会を置く。各委員会は、担当の学会幹事が招集する。
- 一 企画第一委員会
二 企画第二委員会
三 編集委員会
四 総務委員会
五 倫理審査委員会
六 利益相反委員会
- 2 学会長及び学会幹事長は、必要に応じて前項第一号から第六号に掲げる委員会に出席し、意見を述べることができる。
- 3 第1項第五号に規定する倫理審査委員会の運営に関し必要な事項は、倫理審査委員会規程に定める。
- 4 第1項第六号に規定する利益相反委員会の運営に関し必要な事項は、利益相反委員会規程に定める。
- 5 各委員会の任務は別に定める。

第5章 学術大会

(開催)

- 第18条 本学会の学術大会は、毎年1回以上開催する。
- 2 学術大会において専門領域別研究集会を開催することができる。
- 3 学術大会の開催地及び開催担当県会は、学会運営協議会の議を経て、理事会において決定する。
- 4 天災その他やむを得ない事由により、学術大会の現地開催が困難になった場合は、前項規定にかかわらず開催方法を変更することができる。開催方法の変更は、学会幹事会の議を経て、理事会において決定する。

(演題応募)

- 第19条 学術大会への演題応募資格は、原則として学会員とする。学会員以外の共同研究者については、別に

定める。

2 演題応募要領は、別に定める。

(参加費)

第20条 学術大会参加費は、別に定める。

第6章 学会雑誌の編集

(学会雑誌の編集)

第21条 学会雑誌の編集は、編集委員会が行う。

2 編集委員会に論文等の査読委員を置く。査読委員は、学会長が委嘱する第一会員及び有識者により構成する。

(学会雑誌の投稿論文)

第22条 学会雑誌投稿論文の応募資格は、学会員とし、投稿規程は、別に定める。

第7章 雑 則

(会計)

第23条 本学会事業の経費は、日本歯科衛生士会会費、学術大会参加費、その他学会事業に伴う収入をもって充て、その収支予算、収支決算は、日本歯科衛生士会の正味財産増減計算書等において代議員会の議決を経るものとする。

2 学会事業に伴う会計処理は、日本歯科衛生士会定款規程に準じて行い、日本歯科衛生士会監事の監査を受

けなければならない。

(学会事務職員)

第24条 学会事務を処理するため、日本歯科衛生士会事務局内に学会担当職員を置く。

(規則の改廃)

第25条 この規則の改廃は、学会幹事会の議を経て、理事会の決議により行う。

(補則)

第26条 この規則の実施に関し必要な事項は、学会幹事会の議を経て、理事会において別に定める。

附 則

1 この規則は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第106条第1項に定める公益法人の設立の登記の日（平成24年4月1日）から施行する。

2 この規則は、平成26年4月1日から施行する。

3 この規則は、令和2年7月1日から施行する。

4 この規則は、令和4年12月3日から施行する。

5 この規則は、令和5年4月1日から施行する。

6 この規則は、令和7年5月18日から施行する。

公益社団法人日本歯科衛生士会 日本歯科衛生学会運営細則

(趣旨)

第1条 この細則は、日本歯科衛生学会規則（以下「学会規則」という。）第7条及び第26条に基づき、日本歯科衛生学会（以下「本学会」という。）の運営に必要な事項を定める。

(入会)

- 第2条 本学会の第一会員は、公益社団法人日本歯科衛生士会（以下「日本歯科衛生士会」という。）定款第6条に定める入会をもって同時入会とする。
- 2 学生会員・第二会員及び賛助会員は、日本歯科衛生士会入会をもって本学会への同時入会とする。
- 3 本学会は、第二会員に第二会員証を交付する。
- 4 本条に規定する会員の資格及び入会手続き等に関する事項は、日本歯科衛生士会「会員規程」に定める。

(学会会費等)

第3条 前条に規定する本学会会員（以下「学会員」という。）の入会金及び年会費の額は、日本歯科衛生士会「会費規程」に定める。

(学会委員会)

- 第4条 学会規則第17条に基づく学会委員会の任務は、次のとおりとする。
- 一 企画第一委員会は、学会事業の企画運営に関する事項を審議する。
 - 二 企画第二委員会は、専門領域別・研究集会の開催に関する事項を審議する。委員は専門領域別に構成することができる。
 - 三 編集委員会は、学会雑誌投稿論文及び学術大会演題抄録等の査読、審査、その他学会雑誌の編集に伴う事項を審議する。
 - 四 総務委員会は、学会の総務及び会計に関する事項を審議する。
 - 五 倫理審査委員会は、倫理審査委員会規程に基づく事項を審議し、審査する。
 - 六 利益相反委員会は、利益相反委員会規程に基づく事項を審議し、対処する。

(学術大会)

- 第5条 学術大会の開催に伴う要領は、「学術大会開催要領」等に定める。
- 2 学術大会の演題応募は、「演題応募要領」に定める。
- 3 演題応募を希望する学会員以外の共同研究者は、学

会長の承認を得て、投稿原稿に記名することができる。

- 4 学術大会参加費は、学術大会の開催方法に応じて、その都度、学会幹事会の議を経て、日本歯科衛生士会理事会（以下「理事会」という。）において決定する。
- 5 前項の規定にかかわらず、誌上開催の場合は、原則として学術大会参加費は徴収しない。ただし、事務手続き等に要する費用は別途徴収することができる。事務手続き等に要する費用の徴収は学会幹事会において決定し、理事会に報告する。

(学会雑誌の編集)

第6条 学会雑誌投稿論文は、本学会の目的及び投稿規程にかなった研究論文であり、未発表のものとする。

(退会)

第7条 第二会員が本会を退会しようとするときは、日本歯科衛生士会「会員規程」に基づき、所定の退会届を提出しなければならない。

(運営細則の変更)

第8条 この運営細則の改廃は、学会幹事会の議を経て、理事会の決議により行う。

附 則

- 1 この運営細則は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第106条第1項に定める公益法人の設立の登記の日（平成24年4月1日）から施行する。
- 2 この運営細則は、平成25年4月1日から施行する。
- 3 この運営細則は、平成29年1月1日から施行する。
- 4 この運営細則は、令和2年7月1日から施行する。
- 5 この運営細則は、令和4年12月3日から施行する。
- 6 この運営細則は、令和5年4月1日から施行する。
- 7 この運営細則は、令和7年7月13日から施行する。

学会役員，幹事，委員等

2026年2月1日現在

○学会長

藤原奈津美（徳島大学大学院医歯薬学研究部）

○学会理事

石川奈保美（鶴見大学短期大学部歯科衛生科）

○幹事長

新井 恵（埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科）

○副幹事長

伊藤 奏（東京科学大学大学院医歯学総合研究科）

星合 愛子（明海大学保健医療学部口腔保健学科）

○幹事

江口 貴子（東京歯科大学短期大学）

西村 瑠美（広島大学大学院医系科学研究科）

福田 昌代（神戸常盤大学保健科学部口腔保健学科）

米澤 大輔（新潟大学大学院医歯学総合研究科）

○編集委員会

委員長

新井 恵（埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科）

副委員長

伊藤 奏（東京科学大学大学院医歯学総合研究科）

松田 悠平（島根大学医学部歯科口腔外科学講座）

森下 志穂（明海大学保健医療学部口腔保健学科）

委員

西村 瑠美（広島大学大学院医系科学研究科）

白部 麻樹（東京都健康長寿医療センター研究所）

芝原花奈子（埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科）

野口 有紀（静岡県立大学短期大学部歯科衛生学科）

船原まどか（九州歯科大学歯学部口腔保健学科）

浪花 真子（九州看護福祉大学看護福祉学部口腔保健学科）

○企画第一委員会

委員長

福田 昌代（神戸常盤大学保健科学部口腔保健学科）

副委員長

安達奈穂子（東京科学大学大学院医歯学総合研究科）

阿部 智美（鶴見大学短期大学部歯科衛生科）

委員

山村有希子（千葉県立保健医療大学健康科学部歯科衛生学科）

大宮由布子（仙台青葉学院短期大学歯科衛生学科）

野上有紀子（宝塚医療大学保健医療学部口腔保健学科）

○企画第二委員会

委員長

米澤 大輔（新潟大学大学院医歯学総合研究科）

副委員長

西村 瑠美（広島大学大学院医系科学研究科）

委員

川野 亜希（神戸常盤大学保健科学部口腔保健学科）

松田 悠平（島根大学医学部歯科口腔外科学講座）

白部 麻樹（東京都健康長寿医療センター研究所）

松原ちあき（静岡県立大学短期大学部歯科衛生学科）

○総務委員会

委員長

江口 貴子（東京歯科大学短期大学）

副委員長

山中 紗都（千葉県立保健医療大学健康科学部歯科衛生学科）

委員

尾形 祐己（京都光華女子大学短期大学部歯科衛生学科）

三分一恵里（明海大学保健医療学部口腔保健学科）

○倫理審査委員会

委員長

星合 愛子（明海大学保健医療学部口腔保健学科）

副委員長

川野 亜希（神戸常盤大学保健科学部口腔保健学科）

委員

鳥山 佳則（東京歯科大学短期大学）

関根 透（鶴見大学歯学部）

岡本 哲治（東亜大学）

田代 宗嗣（千葉県立保健医療大学）

白石 泰夫（医歯薬出版株式会社）

宮武 洋吉（立川北法律事務所）

松村 佑季（徳島大学大学院医歯薬学研究部）

芝原花奈子（埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科）

○利益相反委員会

委員長

星合 愛子（明海大学保健医療学部口腔保健学科）

委員

川野 亜希（神戸常盤大学保健科学部口腔保健学科）

鳥山 佳則（東京歯科大学短期大学）

野口 有紀（静岡県立大学短期大学部歯科衛生学科）

松村 佑季（徳島大学大学院医歯薬学研究部）

○第21回（2026年度）学術大会長

吉岡 典子（公益社団法人 埼玉県歯科衛生士会 会長）

○学会顧問

木下 淳博（東京科学大学教授）

鳥山 佳則（東京歯科大学短期大学名誉教授）

宮崎 秀夫（新潟大学名誉教授・明倫短期大学学長）

吉田 幸恵（神戸常盤大学教授）

（敬称略・五十音順）

○本誌 Vol.20 No.1 および No.2 に掲載の論文は、以下の方に査読いただきました。

鈴木 瞳 白部 麻樹 高橋由希子

浪花 真子 西村 瑠美 野村 義明

船原まどか 前原 朝子 米澤 大輔

（敬称略・五十音順）

編集後記

2025年11月2日・3日に開催されました日本歯科衛生学会第20回学術大会は、東京都・昭和医科大学上條記念館を会場に、多くの会員の皆様を迎えて盛会のうちに終了いたしました。口演発表33題、ポスター発表90題と、多彩な演題が寄せられ、歯科衛生士が臨床・地域・教育の場で取り組んでこられた内容が確かな成果として示されました。また、第2回専門領域別研究集会も昨年に続き活発な討議が行われ、歯科衛生学研究の厚みが増していることを感じました。

医療や介護を取り巻く環境は変化が続き、歯科衛生士に求められる役割も広がっています。口腔保健による健康寿命延伸、デジタル技術の活用、地域包括ケアへの参画など、会員の皆様の活動は多方面にわたり、その一つひとつが社会にとって意義あるものだと感じます。本大会の発表からも、日常業務や地域での取り組みから生まれる知見が、患者さんや地域に還元される重要なエビデンスとなることを実感いたしました。

なお、本大会はオンデマンド配信も行い、全国の会員の皆様への知識共有にも努めています。しかし、成果を「文章として残す」ことは、学びを深め、次世代へ継ぐために欠かせない営みです。ぜひ本誌へのご投稿を通じて、知見を広く共有いただければ幸いです。

歯科衛生学は実践と研究の両輪によって発展する学問領域です。本誌がその架け橋となり、皆様の活動をより豊かにする一助となることを願っております。

(編集委員 船原まどか)

○ 2026～2027 年度

日本歯科衛生学会雑誌発行予定

巻 号	発行予定
Vol.21 No.1	2026年8月
Vol.21 No.2	2027年2月
Vol.22 No.1	2027年8月
Vol.22 No.2	2028年2月

複写および転載をご希望の方へ

日本歯科衛生学会では、複写複製および転載複製に係る著作権を学術著作権協会に委託しています。当該利用をご希望の方は、学術著作権協会 (<https://www.jaacc.org/>) が提供している複製利用許諾システムもしくは転載許諾システムを通じて申請ください。

Japan Society For Dental Hygiene authorized Japan Academic Association For Copyright Clearance (JAC) to license our reproduction rights and reuse rights of copyrighted works. If you wish to obtain permissions of these rights in the countries or regions outside Japan, please refer to the homepage of JAC (<http://www.jaacc.org/en/>) and confirm appropriate organizations to request permission.

日本歯科衛生学会雑誌

Vol.20 No.2

令和8年2月10日 発行

発 行 日本歯科衛生学会
〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-11-19
公益社団法人 日本歯科衛生士会内
TEL : 03-3209-8020